Изъ клинической лабораторіи проф. *С. П. Боткина.*

(2)

№ 29.

КЪ ВОПРОСУ

О ПРОИСХОЖДЕНІИ

ЭКССУДАТИВНЫХЪ ПЛЕВРИТОВЪ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

ДИССЕРТАЦІЯ
НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ДМИТРІЯ СОКОЛОВА.

ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.



Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора:
С. П. Боткинъ, Д. И. Кошлаковъ, прив.-доц. Н. П. Васильевъ.

С.-ПЕТЕРБУРГЪ.
Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л. 7.
1888.

Изъ клинической лабораторіи проф. *С. П. Боткина.*

Серія диссертацій, защищавшихся въ ИМПЕРАТОРСКОЙ Военно-Медицинской Академіи за 1887—1888 учебный годъ.

№ 29.

КЪ ВОПРОСУ

О ПРОИСХОЖДЕНІИ

ЭКССУДАТИВНЫХЪ ПЛЕВРИТОВЪ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗСЛѢДОВАНІЕ.

ДИССЕРТАЦІЯ

НА СТЕПЕНЬ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ

ДМИТРІЯ СОКОЛОВА.

ОРДИНАТОРА АКАДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ.



Цензорами, по порученію Конференціи, были профессора: С. П. Боткинъ, Д. И. Кошлаковъ, прив.-доц. Н. П. Васильевъ.



С.-ПЕТЕРБУРГЪ.

Типографія М. М. Стасюлевича, В. О., 2 л., 7.

1888.

Докторскую диссертацію лекаря Соколова, подъ заглавіемъ «Къ вопросу о происхожденіи экссудативныхъ плевритовъ. Экспериментально-клиническое изслѣдованіе», печатать дозволяется съ тѣмъ, чтобы по отпечатаніи оной было представлено въ Конференцію Императорской военно-медицинской академіи 500 экземпляровъ ея. С.-Петербургъ, Февраля 29 дня, 1888 года.

Ученый Секретарь *В. Пашутинъ.*

Нѣтъ, кажется, ни одной болѣзни, о которой писали такъ много, какъ о плевритѣ. Много писали объ его этіологіи, о его діагнозѣ, терапіи и прогнозѣ. Между прочимъ, за послѣднее время въ литературѣ появились новые взгляды на сущность плевритовъ, взгляды, которые, если только они справедливы, совершенно измѣняютъ положеніе дѣлъ и даютъ совершенно иное предсказаніе при лѣченіи плевритовъ. Нѣкоторые авторы весьма настойчиво утверждаютъ, что несправедливо классическое ученіе, разсматривающее большую часть острыхъ плевритовъ какъ простое воспаленіе послѣ обыкновенныхъ причинъ, между которыми охлажденіе занимаетъ первое мѣсто. По ихъ мнѣнію, не существуетъ плевритовъ такъ-называемыхъ простудныхъ (a frigore), а всѣ плевриты, извѣстные до сихъ поръ подъ именемъ «простудныхъ», на самомъ дѣлѣ происхожденія туберкулезнаго и представляютъ собой первое проявленіе скрытой бугорчатки легкихъ. Конечно, подобныя воззрѣнія, въ виду своей важности, требуютъ тщательной провѣрки, и я, по предложенію проф. Сергѣя Петровича Боткина, задался цѣлью разсмотрѣть, насколько правы эти авторы и не представляютъ ли высказываемыя ими мысли результата излишнихъ увлеченій въ отрицаніи старыхъ и созиданіи новыхъ теорій и гипотезъ.

Впервые выступаетъ съ подобнымъ крайнимъ взглядомъ Landouzy, который въ 1884 году, въ статьѣ «Epanchements pleuraux et tuberculose» [1]) говоритъ: «98 разъ изъ 100 плевритическіе выпоты плевритовъ, такъ-называемыхъ a frigore, суть проявленіе

---

[1]) Gazette des hôpitaux, 1884.

бугорчатки—скрытой или явной, и потому, что не всегда можно доказать это, не слѣдуетъ, что этотъ первичный туберкулезъ отсутствуетъ». При этомъ въ подтвержденіе своихъ словъ приводитъ 2 случая: одинъ, гдѣ на первый взглядъ плевритъ казался чисто простуднымъ, развившимся несомнѣнно послѣ охлажденія у человѣка вполнѣ крѣпкаго и здороваго. Авторъ въ этомъ случаѣ, однако, заподозрилъ бугорчатку, что и подтвердило вскрытіе, такъ какъ больной внезапно умеръ. Въ верхушкѣ праваго легкаго найдена каверна, величиной съ орѣхъ, и нѣсколько разсѣянныхъ казеозныхъ узловъ, въ плеврѣ лимоннаго цвѣта выпотъ.

Вѣроятно, болѣе никакихъ измѣненій въ плеврѣ не найдено, такъ какъ авторъ о состояніи самой плевры ничего не упоминаетъ. Такимъ образомъ, здѣсь процессъ въ плеврѣ могъ появиться случайно отъ простуды, одновременно съ существованіемъ бугорчатки, а вовсе не какъ слѣдствіе ея.

Другой случай—гнойнаго плеврита у здоровой до того 11-лѣтней дѣвочки; черезъ 3 мѣсяца послѣдовало полное излѣченіе. Даже 7 лѣтъ спустя эта дѣвочка найдена совершенно здоровой, что, однако, нисколько не разубѣдило автора въ специфическомъ характерѣ бывшаго плеврита. Здѣсь Landouzy проводитъ аналогію съ tumor albus въ колѣнѣ, coxalgia и пр., отъ которыхъ, несмотря на то, что это мѣстный туберкулезъ, излѣчиваются и долго живутъ. Авторъ впрыскивалъ плевритическій эксудатъ отъ подобныхъ больныхъ кроликамъ въ брюшную полость, изъ которыхъ одинъ околѣлъ отъ бугорчатки (что̀ было съ остальными—не упоминаетъ).

Затѣмъ, въ 1886 году Landouzy [1]) снова также настойчиво заявляетъ, что всякій плевритъ, не зависящій отъ инфекціи (скарлатина, пуэрперія и т. п.), отъ дискразіи (ревматизмъ), отъ травмы (переломы реберъ), *всегда* туберкулезный. Авторъ, въ подтвержденіе своего мнѣнія, приводитъ 2 новыхъ наблюденія надъ людьми, до того совершенно здоровыми, гдѣ, между тѣмъ, на вскрытіи былъ констатированъ туберкулезъ.

Наконецъ, въ послѣдней своей статьѣ, [2]) тотъ же авторъ продолжаетъ отстаивать свое мнѣніе, хотя нѣсколько какъ будто уступаетъ: уже не говоритъ, что туберкулезъ всегда *неизбѣженъ*, но что онъ всегда возможенъ. При этомъ добавляетъ, что онъ говоритъ отнюдь не о чахоткѣ, а о мѣстномъ туберкулезѣ плевры.

---

[1]) De la pleurésie, dite a frigore, manifestation de tuberculose. Revue de médec, 1886. 10 juillet.

[2]) Sur la pleurésie a frigore. Gaz. des Hôpit. 1887, 20.

что не одно и то же, и признаетъ, что этотъ мѣстный процессъ можетъ пройти совершенно безслѣдно для всего организма.

Въ прошломъ году явилась болѣе обстоятельная работа Kelsch'a et Vaillard'a [1]), которые задались цѣлью доказать, что нѣтъ простыхъ плевритовъ, а всякій плевритъ не септическій и не ревматическій (?), не зависящій отъ дискразіи или отъ раковаго перерожденія плевры, въ огромномъ большинствѣ случаевъ туберкулезный. Данныя клиническія, которыя, по ихъ мнѣнію, подтверждаютъ справедливость ихъ вывода, заключаются часто въ подозрительномъ началѣ плеврита, въ его неправильномъ теченіи, почти всегда большой продолжительности, въ его наклонности къ хроническому теченію, къ возвратамъ, къ бугорчатымъ усложненіямъ въ другихъ органахъ, въ глубокомъ пораженіи общаго состоянія, наконецъ, въ неуспѣхѣ лѣченія терапевтическаго и хирургическаго. Авторы идутъ далѣе, не ограничиваясь этимъ, до извѣстной степени справедливымъ взглядомъ, и утверждаютъ, что даже простота возникновенія, доброкачественность симптомовъ, короткое продолженіе и излѣченіе еще недостаточно говорятъ противъ специфичности плеврита. Мало того, K. et. V. считаютъ себя въ правѣ вывести заключеніе, что вульгарный плевритъ въ дѣйствительности только проявленіе мѣстнаго туберкулеза плевры. Хотя бы плевритъ и былъ излѣченъ, однако, плевритики, подобно больнымъ, излѣченнымъ отъ шейнаго аденита, отъ казеознаго остеоперіостита, подвержены послѣдующимъ случайностямъ, которыя, по мнѣнію авторовъ, доказываютъ специфичность первичнаго заболѣванія. Послѣдовательныя заболѣванія туберкулезомъ верхушекъ, перитонитъ, грудные холодные нарывы, менингитъ и др. могутъ появиться *много лѣтъ* спустя за первичной болѣзнью и находятся въ причинной связи съ нею. Въ доказательство этого приводятъ случай хроническаго перитонита съ водянкой, гдѣ 15 лѣтъ (!) назадъ былъ правосторонній плевритъ, въ свое время излѣченный. На вскрытіи найденъ остатокъ плеврита анкистированнымъ у основанія праваго легкаго; киста, образованная сильно утолщенной плеврой, заключаетъ полость въ два кулака объемомъ, наполненную мягкимъ сухимъ замазкообразнымъ веществомъ. Правая половина діафрагмы образовала нижнюю стѣнку кисты и была инфильтрована свѣжими туберкулезными узелками; такіе же покрывали всю брюшину, но въ большемъ числѣ въ верхней правой половинѣ живота. Зараженіе брюшины, по мнѣнію K. et V. прои-

[1]) Recherches sur les lésions anatomo-pathologiques et la nature de la pleurésie. Arch. de Physiol. 1886. 2.

зошло отъ старой плевральной кисты, гдѣ споры были заключены въ творожистыхъ массахъ и гдѣ послѣ долгихъ лѣтъ развилась бациллярная форма съ быстрымъ теченіемъ.

Подобное толкованіе, по нашему мнѣнію, чрезвычайно произвольно. Невольно является вопросъ: развѣ не могла развиться бугорчатка внѣ всякой зависимости отъ бывшаго плеврита, развѣ не могъ туберкулезный ядъ проникнуть въ организмъ позже, и отчего туберкулезный агентъ въ продолженіе 15 лѣтъ находился въ видѣ споръ, которыя вдругъ быстро развились въ бациллы и обусловили бугорчатку и еще бугорчатку исключительно только полости живота. Да наконецъ, могутъ ли существовать споры бугорчатки такое продолжительное время, какъ 15 лѣтъ, и при какихъ условіяхъ это возможно?

Наше мнѣніе не ново, говорятъ K. et V., зачатки его находятся во многихъ работахъ классиковъ и даже въ сочиненіяхъ Laennec'a. Затѣмъ, оно ясно формулировано Bernutz'омъ [1]) и нашъ учитель Villemin придерживается того же, какъ и проф. G. Sée [2]) въ одной изъ своихъ новыхъ работъ. Эти указанія заставили насъ обратиться къ трудамъ только что перечисленныхъ авторовъ и, къ удивленію, мы нашли ихъ взгляды на дѣло не вполнѣ согласными съ воззрѣніями Kelsch'a et Vaillard'a.

Такъ Laennec въ знаменитомъ «Traité de l'auscultation médiate» на стр. 293 прямо утверждаетъ, что «случайныя причины плеврита, въ общемъ, всѣ причины воспалительныхъ болѣзней: холодныя зимы и продолжительное вліяніе холода послѣ тяжелой работы—самыя частыя. Проявленіе подагры, ревматизма, лишаевъ или всякой другой сыпи и причины механическія также часто вызываютъ плевритъ».

Между причинами предрасполагающими—чаще всего истощенность, искривленность груди, неумѣренность въ спиртныхъ напиткахъ и особенно легочные бугорки, которые даже передъ своимъ размягченіемъ бываютъ причиной плевритовъ, протекающихъ въ нѣсколько пріемовъ и очень наклонныхъ къ хроническому теченію. Однако, замѣчаетъ Laennec, какъ въ пневмоніи, предрасполагающія и случайныя причины часто отсутствуютъ или недостаточны для объясненія болѣзни; но въ молодости, въ расцвѣтѣ силъ, сильная работа, неумѣренность въ столѣ или вліяніе холода часто вызываютъ явный и, хотя сильный, но легко излѣчиваемый плевритъ.

---

[1]) Цитированъ Joanny въ диссертаціи „Du prognostic éloigné de la pleurésie". Thèse de Par. 1881.

[2]) Maladies simples du poumon.

Такимъ образомъ Laennec главное мѣсто въ этіологіи острыхъ плевритовъ отводитъ простуднымъ вліяніямъ, не отрицая въ то же время и легочныхъ бугорковъ, какъ момента, предрасполагающаго къ развитію плевритовъ, но исключительно *хроническихъ*. Мало того, авторъ, говоря о послѣдующихъ измѣненіяхъ грудной клѣтки, упоминаетъ о двухъ пожилыхъ субъектахъ, вполнѣ крѣпкихъ и здоровыхъ, у которыхъ былъ плевритъ еще въ ранней молодости и былъ вполнѣ излѣченъ, хотя и остались искривленія одной половины грудной клѣтки. Наконецъ, Laennec приводитъ, между прочимъ, одно вскрытіе плеврита, гдѣ бугорковъ не найдено.

Villemin [1]) также весьма опредѣленно высказываетъ свой взглядъ на плевритъ и на его отношеніе къ туберкулезу. «Тогда какъ воспалительныя заболѣванія дыхательныхъ органовъ,—говоритъ Villemin,—плевритъ, пневмонія, бронхитъ гораздо чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ, потому что первые гораздо болѣе подвергаются вліянію погоды,—туберкулезъ, напротивъ, тѣмъ чаще у женщинъ, чѣмъ болѣе сидячая жизнь защищаетъ ихъ отъ холода. Субъекты, которые по ремеслу подвергаются каждую минуту значительнымъ колебаніямъ температуры; которыхъ тѣло, покрытое потомъ, подвергается продолжительнымъ охлажденіямъ; субъекты, которые отдыхаютъ на сырой землѣ, усталые отъ работы; которые, пьютъ ледяную воду въ то время, какъ солнечные лучи и работа подняли ихъ температуру до maximum'а, рабочіе на поляхъ—всѣ они *гораздо* менѣе часто заболѣваютъ туберкулезомъ, чѣмъ рабочіе городовъ, хотя лучшая одежда, теплота въ комнатахъ болѣе защищаютъ противъ холода и атмосферныхъ перемѣнъ. Туберкулезъ, вмѣсто того, чтобы уменьшаться со смягченіемъ климата и усиливаться съ его суровостью, напротивъ, находится въ совершенно обратномъ отношеніи. Именно, приближаясь къ полярнымъ странамъ, туберкулезъ дѣлается болѣе рѣдкимъ и, наконецъ, даже исчезаетъ вовсе, тогда какъ большая часть странъ тропическихъ отличаются частотой и особенной злокачественностью этой болѣзни, чего не замѣчается въ отношеніи другихъ заболѣваній дыхательныхъ органовъ».

Далѣе, говоря о вліяніи высоты мѣстности подъ уровнемъ моря, авторъ утверждаетъ, что плевриты и пневмоніи на высотахъ *очень часты*, чахотка же, наоборотъ, очень рѣдка или вовсе не встрѣчается. При этомъ онъ утверждаетъ, что плевриты, какъ пневмонія и бронхитъ, не ведутъ за особой бугорчатки, хотя и могутъ быть результатомъ бугорчатки или самого легкаго, или са-

[1]) Etudes sur la tuberculose. 1868. Paris.

мой плевры. Въ плевритахъ, происшедшихъ безъ видимой причины, дѣйствительно трудно рѣшить, простой онъ или слѣдствіе туберкулеза, но дальнѣйшее теченіе можетъ разрѣшить это, такъ какъ при плевритѣ простомъ больные прогрессивно улучшаются, между тѣмъ, какъ при плевритѣ туберкулезномъ истинное здоровье исчезаетъ навсегда. «*Во всякомъ случаѣ*,—говоритъ Villemin,—*какъ мы уже замѣтили относительно бронхита, ничто не мѣшаетъ чахоткѣ появиться у человѣка, пораженнаго плевритомъ, черезъ болѣе или менѣе долгое время безъ всякаго отношенія между этими двумя заболѣваніями. Когда дѣло идетъ о такой распространенной болѣзни, какъ туберкулезъ, не слѣдуетъ удивляться подобнымъ совпаденіямъ*».

Почти такого же взгляда въ этомъ отношеніи придерживается и проф. G. Sée [1]): «*частота чахотки*, по его мнѣнію, *вслѣдъ за плевритомъ, даже хроническимъ, вовсе не доказана*». Авторъ приводитъ 79 случаевъ хроническаго плеврита, разсмотрѣнныхъ съ этой точки зрѣнія Blakistono'мъ [2]); изъ нихъ 10 умерли, 69 выздоровѣли и за ними можно было слѣдить нѣсколько лѣтъ: изъ нихъ 16 нельзя было изслѣдовать точно, извѣстно было только, что они живы; но 53 можно было изслѣдовать и выслушивать: *никто изъ нихъ не былъ чахоточный*. «Не слѣдуетъ преувеличивать,—прибавляетъ G. Sée,—извѣстно, что имѣвшій плевритъ можетъ сдѣлаться бугорчатымъ черезъ 10—15 лѣтъ, но *туберкулезъ - болѣзнь настолько частая, что не слѣдуетъ ставить между этими двумя фактами причинную зависимость*». Далѣе авторъ прямо признаетъ форму pleurésie grippale ou catharrhale, самую простую и благопріятную изъ плевритическихъ воспаленій, которая характеризуется общимъ недомоганіемъ, лихорадкой, быстротой появленія и всасыванія эксудата.

Изъ всѣхъ авторовъ, на которыхъ ссылаются Kelsch et Vaillard, Bernutz, цитируемый Joanny [3]), считаетъ всѣ плевриты, по крайней мѣрѣ, идіопатическіе, туберкулезными, между тѣмъ, какъ авторъ, цитирующій его, утверждаетъ, что для прогноза при плевритѣ прежде всего необходимо отдѣлить плевриты съ подозрительнымъ теченіемъ отъ простыхъ идіопатическихъ.

Кромѣ всѣхъ перечисленныхъ авторовъ, Kelsch et Vaillard ссылаются на Martineau [4]), между тѣмъ, онъ приводитъ 19 случаевъ

---

[1]) Maladies simples du poumon. стр. 528.
[2]) Работы его не указываетъ.
[3]) Loc. cit.
[4]) Observations de pleurésie aiguë sero-fibrineuse et purulente (contribution

плеврита, гдѣ внезапное начало послѣ охлажденія не оставляетъ въ этомъ отношеніи никакого сомнѣнія и кромѣ 2 (одинъ пораженъ пневмоніей, у другого братъ туберкулезный) ни у кого не было никакихъ предшествующихъ заболѣваній, намекающихъ на туберкулезъ; у всѣхъ (кромѣ 2 упомянутыхъ) излѣченіе было полное. Затѣмъ одинъ гнойный плевритъ былъ вскрытъ и туберкулеза также не оказалось.

Посмотримъ теперь, какихъ взглядовъ въ этомъ отношеніи придерживаются другіе авторы, занимавшіеся вопросомъ о происхожденіи плевритовъ и объ отношеніи ихъ къ туберкулезу.

Еще въ 1810 году Bayle [1]) не находитъ ничего удивительнаго въ отсутствіи бугорковъ въ легкомъ въ случаяхъ хроническаго плеврита. По его мнѣнію, не воспаленіе плевры (будь оно острое или хроническое) влечетъ бугорки, а предрасположеніе къ бугорчаткѣ общей или мѣстной. Воспаленіе самое продолжительное безъ этого предрасположенія недостаточно, чтобы вызвать бугорчатку, и почти всегда, когда есть сочетаніе бугорковъ и *хроническаго* плеврита, бугорчатое заболѣваніе предшествуетъ воспалительному и мѣшаетъ его излѣченію. Даже авторъ приводитъ вскрытія 4 больныхъ (наблюденія 41, 42, 44 и 45) плевритиковъ, которыхъ считали за фтизиковъ, но у которыхъ легкія оказались совершенно невредимыми и нигдѣ ни слѣда бугорковъ.

Gendrin [2]) утверждаетъ, что обыкновенно при выпотахъ въ серозныхъ полостяхъ ткань самой серозной не представляетъ никакихъ другихъ измѣненій, кромѣ чисто воспалительныхъ, и, между прочимъ, приводитъ 4 безбугорковыхъ вскрытія плеврита (наблюденія VIII, XIII, XXI, XXXV).

Bonillaud [3]) считаетъ туберкулезъ слѣдствіемъ плевритовъ не чистыхъ, простудныхъ, а плевритовъ, которымъ предшествовалъ катарръ легкихъ и которые протекаютъ хронически.

Broussais [4]) убѣжденъ, что нѣтъ ни одного врача, которому не приходилось часто лѣчить плевриты, развившіеся вслѣдъ за охлажденіемъ въ потномъ состояніи. Эти простые плевриты, по его мнѣнію, всегда ясно обозначены болями въ боку и лихорадкой и болѣе или менѣе быстро излѣчиваются безъ всякихъ послѣдствій для

à la statistique de traitement par la thoracocentése). Gaz. méd. des hôpit. 23 janv. 1874.

[1]) Recherches sur la phtisie pulmonaire. 1810, стр. 344.

[2]) Histoire anatomique des inflammations. 1826.

[3]) Clinique médicale. 1837.

[4]) Histoire des phlegmasies ou inflammations chroniques. 1838.

организма; только при плевритахъ, протекающихъ хронически, сдавленное легкое можетъ сдѣлаться туберкулезнымъ, хотя и хроническій плевритъ можетъ остаться чисто воспалительнаго свойства и также безслѣдно излѣчиться.

Maygrier [1]) полагаетъ, что плевритъ часто, но не необходимо ведетъ къ чахоткѣ—или по слабости, которую онъ оставляетъ въ легкомъ послѣ даже полнаго разрѣшенія, или по неполному разрѣшенію, или образованіемъ абсцесса въ легочной ткани и скопленіемъ гноя между легочной и реберной плеврой.

Thiebierge [2]) и Ermann [3]) считаютъ всасываніе въ 15—30 дней признакомъ остраго эксудата, чисто воспалительнаго характера, и такіе плевриты, по ихъ мнѣнію, всегда окончательно излѣчиваются.

Vintrich [4]) строго отличаетъ плевритъ вторичный— симптоматическій, отъ первичнаго идіопатическаго, который развивается главнымъ образомъ отъ простуды, скоро всасывается и даетъ полное выздоровленіе.

По мнѣнію Scoda [5]), причиной плеврита бываютъ всѣ внѣшнія вредныя вліянія, какъ и вообще во всѣхъ болѣзняхъ, особенно вредное вліяніе температуры. Опытъ учитъ, говоритъ авторъ, что повышеніе температуры, вслѣдствіе сильнаго движенія или усилій, можетъ вызвать плевритъ, причемъ въ такомъ плевритѣ, развившемся у человѣка до того совершенно здороваго, степень лихорадочныхъ движеній указываетъ на интенсивность процесса; напротивъ, у субъекта туберкулезнаго, гдѣ плевритъ развивается вслѣдствіе высыпанія бугорковъ на поверхности легкаго, можетъ довольно быстро и въ значительномъ количествѣ появиться въ плеврѣ даже гной безъ того, чтобы лихорадочныя движенія были значительны, хотя вообще интермиттирующій типъ лихорадки при плевритѣ служитъ признакомъ развитія туберкулеза.

Cruveilhier [6]) допускаетъ, что острый плевритъ съ выпотомъ можетъ развиться въ первомъ періодѣ бугорчатаго заболѣванія и представлять тогда всѣ клиническіе признаки плеврита идіопатическаго, но дальнѣйшее теченіе и трудное излѣченіе заставляютъ подозрѣвать присутствіе бугорковъ. Туберкулезный плевритъ со-

---

[1]) Phtisie. Dictionnaire des sciences médicales.
[2]) De la pleurésie. 1852.
[3]) Ueber Verlauf und Behandlung der Pleuritis exsudativa. Dissert. Berlin. 1869.
[4]) Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie. Virchow 1854. Bd. V. 1.
[5]) Pleuritis. Allgem. Wien. med. Zeitung. 1860.
[6]) Traité d'Anatomie pathologique générale. 1862. IV.

провождается почти всегда hydrothorax'омъ и поэтому хроническій hydrothorax такъ трудно излѣчивается даже пункціей.

По Grisolle [1]), простой плевритъ, чаще всего развивающійся у здоровыхъ людей въ рабочемъ классѣ и въ арміи отъ простуды, быстро и безслѣдно излѣчивается.

Syderey [2]) признаетъ большое количество выпота и полное всасываніе характернымъ признакомъ чистыхъ простудныхъ плевритовъ.

Hérard et Cornil [3]) прямо и опредѣленно утверждаютъ, что плевриты бугорчатые носятъ совсѣмъ другой видъ, чѣмъ плевритъ свѣжій—острый. Туберкулезный плевритъ слѣдуетъ рѣже всего за знобомъ; начало его тихое, колотье незначительное; выпотъ происходитъ постепенно при симптомахъ легкой лихорадки. Эти плевриты подозрительны въ отношеніи излѣченія, такъ какъ выпотъ всосавшійся рѣдко не повторяется черезъ нѣкоторое время.

Attimont [4]) приводитъ 130 случаевъ плеврита, изъ которыхъ 80 были излѣчены окончательно, и даже за многими изъ нихъ слѣдили долгое время, причемъ ничто не указывало у нихъ на бугорчатку.

Lemardeley [5]), говоря о различныхъ сращеніяхъ плевры, выводитъ заключеніе, что разсѣянныя сращенія часто сопровождаютъ чахотку, но также часто бываютъ и послѣ эксудативныхъ плевритовъ первичнаго происхожденія.

По Mora [6]), туберкулезъ при плевритахъ является послѣдовательно отъ недостаточной, вслѣдствіе сращенія, работы легкаго.

Méhu [7]) и Lemoine [8]) утверждаютъ, что удѣльный вѣсъ эксудата болѣе 1019 указываетъ на плевритъ свѣжій съ благопріятнымъ предсказаніемъ; ниже 1015—признакъ hydrothoracis; удѣльный вѣсъ около 1018 указываетъ на туберкулезную природу эксудата.

Mey [9]) считаетъ туберкулезъ послѣдовательнымъ заболѣваніемъ,

---

1) Traité de Pathologie interne. I. 1862.

2) Des indications et des contreindications de la thoracentese dans les diverses éspéces d'épanchements. Arch. gén. de Med. 1864. IX.

3) Traité de la phtisie pulmonaire. Paris 1867.

4) Considérations sur le résultat de la paracentése dans la pleurésie purulente. Paris 1868.

5) De la pleurite adhésive. Thèse 1874.

6) Etude clinique sur quelques complications de la pleurésie. Thèse de Paris. 1875

7) Etude sur les liquides épanchés dans la plévre. Arch. gèn. de med. 1872. juin., juillet.

8) Thoracentese dans le traitement de la pleurésie. Thèse de Paris. 1876.

9) Des rapports de la pleurésie et de la tuberculose. Thèse de Paris. 1877.

причемъ продолжительное давленіе плевритическаго выпота на легкое—моментъ, предрасполагающій къ туберкулезному перерожденію: или отъ бездѣятельности, или черезъ распространеніе воспаленія съ плевры на легкое, или потому, что это легкое представляетъ locus minoris resistentiae.

Gerhardt [1]) полагаетъ, что плевритъ можетъ быть или заболѣваніе, предшествующее чахоткѣ или являющееся при ней, но вообще никакъ не часты подобные случаи.

Weber [2]), считая холодъ самой частой причиной первичнаго плеврита, при описаніи патологической анатоміи острыхъ плевритовъ, даже не предполагаетъ возможности найти бугорки при этомъ заболѣваніи.

Жаку [3]), Нимейеръ [4]), Dieulafoy [5]) и Эйхгорстъ [6]) въ этіологическомъ отношеніи различаютъ *первичный* - (идіопатическій) и *вторичный* (дейтеропатическій, симптоматическій) плевриты. При первичномъ плевритѣ самую видную роль играетъ простуда. «Промачиванія тѣла,—говоритъ Эйхгорстъ,—и внезапныя охлажденія, которымъ подвергается организмъ, ведутъ за собой воспаленіе грудной плевы. Иногда можно доказать анамнезомъ, что воспаленіемъ поражена именно та сторона груди, которая исключительно или преимущественно была подвержена внезапной и сильной потерѣ тепла. Въ виду громадной склонности профановъ,—прибавляетъ тотъ же авторъ,—сводить всѣ болѣзни на простуду, легко понять, что названіемъ ревматическій плевритъ много разъ злоупотребляли; несмотря на это, однако, *факты не позволяютъ вычеркнуть изъ этіологіи понятія о простудѣ*».

Seux [7]) (сынъ) различаетъ 4 формы плеврита: 1) плевритъ по сосѣдству—въ теченіе перикардита; 2) плевритъ отъ холода, который развивается вслѣдствіе ослабленія организма ревматизмомъ и особенной чувствительностью къ холоду; 3) метастатическій плевритъ, совпадающій съ исчезновеніемъ остраго заболѣванія въ суставахъ, и 4) истинный ревматическій плевритъ, аналогичный суставному заболѣванію.

---

[1]) Pleuraexsudat und Lungenphtisie. Wien. med. Wchnshr. 1879.
[2]) De la pleurésie aigue chez l'adulte.
[3]) Руководство къ частной патологіи и терапіи. T. 2.
[4]) Руков. къ частн. патол. и тер. T. I.
[5]) Руков. къ внутр. патологіи. T. 1.
[6]) Руков. къ частн. пат. и тер. T. I.
[7]) De certaines manifestations morbides survenues pendant le rhumatisme et en particulière de la pleurésie rheumatismale. Paris 1879.

Hieberg [1]) отрицаетъ возможность первичнаго туберкулеза серозныхъ оболочекъ; почти всегда онъ бываетъ вторичнымъ, первичное же гнѣздо находится въ сосѣднихъ органахъ.

Weigert [2]), разсматривая пути распространенія туберкулезнаго яда на серозныя оболочки, полагаетъ, что онъ всегда идетъ съ тѣхъ внутреннихъ органовъ, которые покрыты этими серозными и очень рѣдко изъ тока крови. Даже при общемъ остромъ милліарномъ туберкулезѣ, гдѣ всѣ органы задѣты отъ зараженія крови, серозныя части не тронуты; нужно, чтобы ядъ находился въ огромномъ количествѣ въ крови и необходимы спеціальныя обстоятельства, напр., травма, чтобы туберкулезное вещество основалось на серозной. Въ случаяхъ плеврита, гдѣ, повидимому поражена бугорками только плевра, при болѣе глубокомъ изслѣдованіи всегда можно найти гнѣзда въ легкомъ, бронхіальныхъ или медіастинальныхъ железахъ, а также въ pericardium и peritoneum.

По мнѣнію Rhüle [3]) существующія до сихъ поръ наблюденія совершенно недостаточны, чтобы вывести отношеніе причины къ слѣдствію между плевритомъ и туберкулезомъ. Можно всегда замѣтить, говоритъ авторъ, присутствіе предшествовавшихъ измѣненій въ легкомъ, измѣненій, которыя не были единственной причиной плеврита, но которыя благопріятствовали его появленію и сдѣлали эксудатъ болѣе обширнымъ, болѣе худаго качества и болѣе продолжительнаго теченія. Чѣмъ острѣе былъ плевритъ и быстрѣе всосался, тѣмъ рѣже чахотка. Случаи *радикальнаго* излѣченія плеврита оказываются у людей хорошаго общаго здоровья, тогда какъ хроническія формы наблюдаются у предрасположенныхъ къ туберкулезу.

Chauvet [4]) между случаями (изъ 45 случаевъ въ 8-ми, т.-е. въ 18%) легочной бугорчатки нашелъ въ анамнезѣ эксудативный плевритъ (2 случая — 2 года назадъ, 2 случая —3 года, 2—4 года, 1—5 лѣтъ и 1—6 лѣтъ тому назадъ) бывшій—2, 3, 6 и даже 10 лѣтъ назадъ и задаетъ вопросъ: «этотъ плевритъ, предшествовавшій туберкулезу легкихъ, туберкулезный ли? на что даетъ вполнѣ безпристрастный отвѣтъ: «трудно опредѣленно отвѣтить,—говоритъ онъ,—однако продолжительный промежутокъ

---

1) Die Tuberculose in ihrer anatomischen Ausbreitung. Leipzig. 1882.

2) Die Wege des Tuberkelgiftes zu den serösen Häuten. Deutch. med. Wchschr. 1883. 31.

3) Цимсенъ. Частн. пат. и терап. V.

4) De la pleurésie précédant le début de la tuberculose pulmonaire. Lyon. méd. 1885. 24 Mai.

между плевритомъ и ясными признаками въ верхушкахъ можетъ заставить думать, что туберкулезъ не имѣлъ никакого значенія въ происхожденіи плеврита».

Paul le Gendre [1]) считаетъ «совершенно ошибочными взгляды тѣхъ довольно многочисленныхъ авторовъ, во главѣ съ Landouzy, которые не признаютъ существованія простаго плеврита и ставятъ въ связь развитіе туберкулеза съ плевритомъ, бывшимъ 7—10 лѣтъ передъ этимъ.

Такимъ образомъ всѣ перечисленные авторы признаютъ существованіе *чисто простудныхъ острыхъ плевритовъ*, быстро излѣчиваемыхъ и дающихъ всегда хорошее предсказаніе, и строго отличаютъ ихъ отъ случаевъ съ хроническимъ теченіемъ, которые дѣйствительно могутъ развиваться на туберкулезной почвѣ, или, сильно истощая больнаго, подготовляютъ почву для туберкулеза. Большая продолжительность эксудата вызываетъ общіе и мѣстные припадки, которые обусловливаютъ развитіе чахотки. Кромѣ того, присоединяется вліяніе ложныхъ перепонокъ и сращеній, нарушающихъ функцію сосѣднихъ органовъ. При такихъ условіяхъ въ сгустившихся составахъ плевритическаго эксудата можетъ развиться инфекція, которая при наслѣдственномъ расположеніи субъекта легко оказываетъ свое дѣйствіе.

Теперь посмотримъ, какія доказательства справедливости своего мнѣнія даютъ Kelsch et Vaillard. Авторы приводятъ макро-и микроскопическія изслѣдованія 16-ти случаевъ серозныхъ, геммррагическихъ и гнойныхъ плевритовъ, въ которыхъ вездѣ были констатированы бугорки на плеврѣ или въ легкомъ. Кромѣ своихъ собственныхъ вскрытій они приводятъ собранные ими у различныхъ авторовъ [2]) 325 случаевъ плеврита, изъ которыхъ въ 113 случаяхъ вскрытіе констатировало бугорчатку, и только въ 25 вскрытіяхъ бугорковъ не найдено. Этому отсутствію бугорковъ Kelsch et Vaillard не придаютъ никакого значенія, и, по ихъ мнѣнію, это еще не говоритъ противъ специфичности этихъ случаевъ такъ какъ вскрывавшіе не обращали должнаго вниманія на плевру, а потому и не находили бугорковъ. Относительно этого M I. Renaut [3]) утверждаетъ, что ему приходилось видѣть обильные плевритическіе выпоты, окончившіеся смертью со всѣми обыкновенными разстройствами острыхъ плевральныхъ воспаленій, и

---

[1]) Traitement de divers pleurétiques 1884. Union méd.

[2]) Къ сожалѣнію имена авторовъ не указаны.

[3]) Цитированъ въ статьѣ „Traitement de divers pleurétiques" Paul le Gendre L'union méd. 1884. № 165.

въ этихъ случаяхъ самое строгое изслѣдованіе не дало возможности автору, гистологу специалисту, найти хоть одинъ бугорокъ въ состояніи дѣйствительнаго развитія ни въ легочной паренхимѣ, ни на пораженной плеврѣ; на основаніи чего авторъ и заключаетъ, что приписывать всѣ плевриты бугорчаткѣ не только преувеличеніе, но и прямая ошибка.

Мы, съ своей стороны, нашли у многихъ авторовъ протоколы вскрытій плевритовъ, гдѣ тщательный анализъ не могъ констатировать бугорковъ.

Laennec [1]) въ 1 случаѣ не нашелъ бугорковъ; Bayle [2]) изъ 6 вскрытій гнойныхъ плевритовъ въ 4 случаяхъ констатировалъ полное отсутствіе бугорковъ, какъ на плеврѣ, такъ и въ легкомъ. Damaschino [3]) изъ 6 случаевъ въ 1 получилъ вполнѣ отрицательный результатъ. Mora [4]) изъ 19 вскрытій серозныхъ и гнойныхъ плевритовъ только въ 5 могъ найти бугорки.

Beaussier [5]) приводитъ 2 вскрытія серозно-гнойнаго плеврита—оба безъ бугорковъ. Carnat [6]) съ такимъ же результатомъ вскрылъ одинъ случай серозно-фибринознаго плеврита. Lagrange [7]) изъ 10 вскрытій плеврита только въ 1 могъ констатировать бугорки (всего у автора было 52 случая, изъ которыхъ всѣ остальные окончились выздоровленіемъ). Изъ 11 случаевъ Oulmont'a [8]) (6 серозныхъ и 5 гнойныхъ) только въ 3 были бугорки. Изъ 29 случаевъ Attimont'a [9]) (всего 130 больныхъ—у остальныхъ выздоровленіе) бугорки были найдены только въ 9-ти. У Broussairs [10]) изъ 15—въ 3 вскрытіяхъ результатъ вполнѣ отрицательный. Въ случаѣ Thiebierge [11]) всѣ органы найдены вполнѣ здоровыми. Изъ 5 вскрытій Moutard-Martin [12]) 3 безъ слѣда бугорковъ. У Mertineau [13]) 1 вскрытіе—безъ бугорковъ. Наконецъ Dunin [14]) указываетъ на

---

1) Loc. cit.
2) Loc. cit.
3) De la pleurésie purulente. 1869.
4) Loc. cit.
5) Etude sur quelques opération de thoracentése.—Thèse 1874.
6) De quelques signes de la pleurésie. Thèse 1874.
7) De l'empyeme appliqué au traitement de la pleurésie purulente. Thèse Paris. 1868.
8) Recherches sur la pleurésie chronique. Paris. 1844.
9) Loc. cit.
10) Loc. cit.
11) Loc. cit.
12) De la pleurésie purulente Thèse. Paris. 1872.
13) Loc. cit.
14) Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. Virch. Arch. 1885. 102.

3 вскрытія эксудативнаго плеврита, безъ всякаго участія въ этомъ бугорковъ. Для большей наглядности мы представимъ всѣ эти числа въ видѣ таблицы.

ИМЕНА АВТОРОВЪ.	Всего случаевъ.	Всего вскрытій.	Съ бугорками.	Безъ бугорковъ.
Bayle.	—	6	2	4
Laennec	—	1	—	1
Broussais	—	15	12	3
Oulmont	—	11	3	8
Thieberge	—	1	—	1
Attimont	130	29	9	20
Damaschino	—	6	5	1
Lagrange	52	10	1	9
Moutard-Martin	—	5	2	3
Martineau.	19	1	—	1
Garnat	—	1	—	1
Beaussier	—	2	—	2
Mora.	—	19	5	14
Gendrin.	—	4	—	4
Dunin	—	3	—	3
Всего.	—	114	39	75

Мы лично не имѣли ни одного вскрытія эксудативнаго плеврита, такъ какъ вообще смерть отъ подобнаго заболѣванія очень рѣдка и всегда, болѣе или менѣе, случайна; тѣмъ не менѣе, просматривая протоколы вскрытій въ патолого-анатомическомъ кабинетѣ проф. Н. П. Ивановскаго за 1885—86—87 годы, мы изъ 500 слишкомъ вскрытій нашли только 3 случая чистаго эксудативнаго серознаго плеврита (№ 56 въ 1885 г., № 164 въ 1886 г. и № 33 въ 1887 г.); при этомъ ни на плеврѣ реберной, ни на плеврѣ легочной, ни въ ткани самаго легкаго не найдено бугорковъ или слѣдовъ ихъ.

Таковы наши патолого-анатомическія данныя.

Но Kelsch et Vaillard не ограничиваются своими доказательствами (?) клиническими и патолого-анатомическими и пробуютъ прививать эксудаты животнымъ: впрыскивали кроликамъ въ брюшную полость 4 раза гнойную и 10 разъ серозную жидкость; бугорчатка развилась 2 раза въ первой и одинъ во второй серіи опытовъ. Эту неудачу прививокъ авторы пытаются объяснить очень малымъ содержаніемъ въ прививаемой жидкости болѣзнетворнаго начала. Къ сожалѣнію, авторы ничего не упоминаютъ, въ какомъ количествѣ они впрыскивали жидкость, какимъ образомъ производили эту операцію, какъ быстро развилась у животныхъ бугорчатка и гдѣ она преимущественно локализировалась.

Подобные же опыты впрыскиваній ранѣе дѣлали Chauffard et Gombault [1]) въ лабораторіи проф. Cornil'я, но ихъ выводы гораздо болѣе естественны и безпристрастны. Первоначально они старались открыть туберкулезный агентъ гистологическимъ изслѣдованіемъ жидкостей, выпотѣвающихъ въ серозныхъ полостяхъ, однако, имъ ни разу не удалось найти Коховскія бациллы ни въ плевритическомъ, ни въ перитоническомъ выпотѣ, и авторы рѣшили прививать жидкости живымъ животнымъ. Жидкость вводили всегда въ одинаковомъ количествѣ и всегда старались, чтобы въ виду ея малой ядовитости, количество ея было болѣе или менѣе значительно (3 куб. сантм.). Эксудатъ, взятый со всѣми антисептическими предосторожностями отъ 21 больнаго (20 изъ плевры, 1 изъ брюшной полости) или серозный, или серознофибринозный, или гнойный, впрыснутъ 23 кроликамъ. Животныя сохраняли свою бодрость и аппетитъ, и ихъ убивали черезъ 2—3 мѣсяца послѣ операціи. Изъ 23 прививокъ 4 не дали никакого результата (животныя быстро околѣли), 9 дали отрицательный результатъ (животныя остались совершенно здоровыми) и только 10 прививокъ были положительныя: на вскрытіи нашли печень, селезенку и легкое усѣянными сѣрыми и желтыми узелками. Кромѣ того, во всѣхъ этихъ случаяхъ были найдены *бациллы*, такъ что несомнѣнно можно было констатировать развившійся общій туберкулезъ. На основаніи этихъ данныхъ авторы совершенно справедливо заключаютъ, что «въ *извѣстномъ* числѣ случаевъ дѣйствительно былъ привитъ туберкулезъ—именно, когда жидкость была взята отъ несомнѣнно или по всей вѣроятности туберкулезныхъ больныхъ, между тѣмъ, какъ жидкость отъ больныхъ, у которыхъ

---

[1]) Etude expérimentelle sur la virulence tuberculeuse de certains épanchements de la plèvre et du péritoine Bullet. et memoir. de la soc. méd. des hôp. de Paris. 1884.

туберкулезъ былъ мало вѣроятенъ или несомнѣнно отсутствовалъ, давала отрицательные результаты.

Имѣя въ виду всю важность выясненія подобнаго вопроса о существованіи простыхъ легко излѣчиваемыхъ простудныхъ плевритовъ, мы, съ своей стороны, предприняли серію опытовъ впрыскиваній животнымъ плевритическихъ эксудатовъ. Такъ какъ плевриты встрѣчаются несомнѣнно гораздо чаще, чѣмъ перитониты, слѣд. еслибы всѣ плевриты обусловливались специфическимъ ядомъ бугорчатки, то въ такомъ случаѣ необходимо предположить особую воспріимчивость плевры къ этому яду, воспріимчивость гораздо болѣе значительную, чѣмъ брюшины. Въ виду этихъ соображеній мы вводили плевритическіе эксудаты главнымъ образомъ въ полость самой плевры. Относительно введенія въ полость плевры тѣхъ или другихъ веществъ сдѣлано весьма много очень разнообразныхъ опытовъ различными авторами (Gendrin, Wintrich, Cruveilhier, Scoda, Riedel, Wiener, Чирковъ, Silva, Dunin, Zahn, Rosenbach, Friedländer, Афанасьевъ, Fränkel, Wechselbaum и др.).

Gendrin [1]) впрыскивалъ въ плевральную полость животнымъ растворъ хлористаго натра (концентраціи не указываютъ) и къ концу втораго дня замѣчалъ сильно выраженную гиперемію; затѣмъ развивался выпотъ серозной жидкости, количество которой было различно, но обыкновенно было немного—около $^1/_4$ всей полости плевры. При постоянномъ доступѣ въ полость плевры воздуха тѣ же впрыскиванія вызывали воспаленіе гораздо болѣе значительное.

Wintrich [2]), съ цѣлью искусственно вызвать воспаленіе плевры, особенно разнообразилъ свои опыты, какъ въ отношеніи вводимыхъ въ полость плевры веществъ, твердыхъ или жидкихъ, такъ и въ отношеніи оперируемыхъ животныхъ (кролики, кошки, собаки, телята); вводилъ инородныя вещества или открытымъ путемъ—съ доступомъ въ полость плевры воздуха, или закрытымъ—безъ доступа. Первую операцію авторъ продѣлывалъ помощью тупаго пинцета, которымъ наискось пронзалъ толщу межреберныхъ мышцъ и въ полученное такимъ образомъ отверстіе вставлялъ маленькую роговую воронку (похожую на ушное зеркало). Черезъ эту воронку онъ вводилъ какъ твердыя, такъ и жидкія вещества, причемъ черезъ отверстіе въ воронкѣ наблюдалъ непосредственное вліяніе этихъ веществъ на состояніе плевры. Подобное раненіе и прони-

---

[1]) Loc. cit.
[2]) Virchow. Handb. d. Pathol. und Therapie 1854. 5.

каніе въ ея полость воздуха, по опытамъ автора, не оказываютъ на нее никакого вліянія: воздухъ въ короткое время (1—8 дней) совершенно всасывается, а развившійся на 2—3 линіи вокругъ раненія небольшой воспалительный процессъ быстро прекращается. Съ цѣлью избѣжать pneumothorax, V. употреблялъ тупоконечный троакаръ. Двумя этими способами V. вводилъ въ полость плевры слѣдующія вещества: кислоты (уксусная), щелочи, масло, глицеринъ, кровь, жиръ, водяночные трансудаты, плевритическіе эксудаты различнаго качества, мочу, жидкій куриный бѣлокъ, іодъ, растворъ хлористаго натра, эфиръ, хлороформъ, алкоголь (абсолютный и различно разведенный), промытый фибринъ, вареный и мелко раскрошенный бѣлокъ (куриный и изъ serum крови), крошки мяса, свинцовыя дробинки, стекляный бисеръ, пыль отъ слоновой кости, небольшіе кусочки дерева, каучука и др. Экспериментируя такимъ образомъ, авторъ получилъ весьма интересные результаты, причемъ оказалось, что между другими раздражающими веществами, болѣе или менѣе концентрированный растворъ поваренной соли особенно быстро вызывалъ сильнѣйшую гиперемію плевры и притомъ только легочной плевры, тогда какъ реберная плевра давала въ этомъ отношеніи отрицательный результатъ. Изъ другихъ веществъ моча, водяночная serum, разбавленный водой куриный бѣлокъ, кровь (дефибринированная или въ полномъ составѣ) быстро всасывались, не вызывая ни гипереміи, ни воспаленія. Pus bonum et laudabile (5—8 снтм.) вызвало у одного кролика бурное воспаленіе плевры, окончившееся смертью животнаго, между тѣмъ, какъ 2 кошки и 1 собака дали совершенно отрицательный результатъ. Также не оставилъ по себѣ никакого слѣда гнойно-фибринозный плевритическій эксудатъ, впрыснутый коту. Вареный бѣлокъ, промытые куски фибрина, кусочки мяса, льняное, миндальное, оливковое и свѣтильное масла вызывали воспаленіе обѣихъ пластинокъ плевры—реберной и легочной, даже съ гнойнымъ эксудатомъ.

Scoda [1]) впускалъ кроликамъ въ полость плевры воздухъ и замѣчалъ, что даже большія количества воздуха черезъ нѣсколько минутъ совершенно исчезали изъ плевральнаго мѣшка.

Cruveilhier [2]) вводилъ собакамъ въ полость плевры ртуть, что вызывало рѣзкое гнойное воспаленіе, часто оканчивавшееся смертельно.

---

[1]) Allg. Wien. med. Zeitung. 1860. 25.

[2]) Traité d'Anatomie pathologique générale. 1862. IV.

Riedel [1]), а затѣмъ Wiener [2]), впрыскивая въ плевральный мѣшокъ оливковое масло (5—24 куб. снтм.), всегда получали фибринозный или гнойно-фибринозный эксудатъ.

Такіе же результаты получилъ и Чирковъ [3]), впрыскивая масло. Изучая вліяніе плевритическихъ эксудатовъ на смѣщеніе сердца, авторъ старался искусственно вызывать эксудаты, но впрыскиваемые съ этой цѣлью растворы солей или сахару (степени концентраціи не указываетъ) или быстро всасывались, или вызывали флегмону средостѣнія, и авторъ достигъ своей цѣли, употребляя для впрыскиваній масло какао температуры 30° R. Дня черезъ 3—4 послѣ впрыскиванія въ плеврѣ накоплялось до 1000—2000 куб. снтм. жидкости, слегка красноватой съ примѣсью форменныхъ элементовъ.

Silva [4]), впрыскивая въ полость плевры дефибринированную кровь, въ количествѣ, не вызывающемъ сдавливанія легкихъ, пришелъ къ тому убѣжденію, что плевра безъ всякихъ слѣдовъ всасываетъ дефибринированную кровь такъ же хорошо, какъ и брюшина.

Между тѣмъ, проф. Zahn [5]), на основаніи своихъ опытовъ, утверждаетъ возможность воспаленія плевры при введеніи въ ея полость большаго количества крови.

Dunin [6]), желая изучить измѣненія легкихъ при болѣе или менѣе продолжительномъ сдавливаніи йхъ, искусственно старался вызвать у животныхъ развитіе эксудата въ плеврѣ; однако, впрыскиваніе въ ея полость чистой воды, растворовъ бѣлка и даже очень густаго раствора желатины, оставалась безъ всякихъ результатовъ и все впрыснутое (о количествѣ не упоминаетъ), исчезало изъ полости плевры въ 24 часа. Впрыскиваніе сильно раздражающихъ веществъ, какъ напр., амміака, даже въ небольшихъ количествахъ, быстро убивало животныхъ, слабые же растворы ихъ оставались безъ всякаго дѣйствія. Лучше всего дѣйствовали повторныя впрыскиванія небольшаго количества желатины, послѣ чего развивалось воспаленіе плевры съ обильнымъ гной-

---

[1]) Zur Fettembolie. Deutsch. Zeitschr. f. Chirurgie Bd. VIII.

[2]) Wesen und Schicksal der Fettembolie. Arch. f. exper. Pathol. u Pharmak. 1879.

[3]) О смѣщеніи сердца и syncope при плевритическомъ эксудатѣ. Диссерт. 1882 г.

[4]) L'iniezione di sangue nella pleura. Riv. clin. di Bologna. 1883, 10.

[5]) Ueber einen Fall von doppelseitiger pleuritis haemorrhagica nach Thrombose der Vena azygos. Virch. Arch. 1885. 102.

[6]) Anatomische Veränderungen in den Lungen bei deren Compression. Virch. Arch. 1885. 102.

нымъ эксудатомъ, который совершенно сдавливалъ легкія. Въ развивавшихся подъ вліяніемъ этого измѣненіяхъ въ легкихъ бактеріи (особенно туберкулезныя), по словамъ автора, не принимали никакого участія.

Rosenbach [1]), изучая ограниченіе пространства въ полости плевры на кровообращеніе, вводилъ въ нее различныя (какія именно, къ сожалѣнію, не упоминаетъ) вещества, и выводитъ заключеніе, что, несмотря на всѣ мѣры предосторожности, большая часть вводимыхъ субстанцій дѣйствовали какъ сильные возбудители воспаленія, между тѣмъ, какъ мало раздражающія вещества быстро всасывались. Вскрывая нѣкоторыхъ животныхъ черезъ продолжительное время послѣ операціи, авторъ находилъ у нихъ болѣе или менѣе выдающееся ожиреніе, слабость и ломкость сердечныхъ мышцъ, ожиреніе печени, обширныя плевритическія наслоенія, ателектазы или оплотнѣнія легкихъ. Несмотря на одностороннее впрыскиваніе, авторъ находилъ инъекціонную массу также и въ неоперированной полости плевры, безъ разрыва медіастинальной ткани, также и въ полости околосердечной сорочки, въ зависимости отъ перехода введенной субстанціи въ сосѣднія полости черезъ лимфатическіе пути.

Что касается до вліянія на плевру специфически раздражающихъ веществъ, содержащихъ тѣ или другіе специфическіе низшіе организмы, мы находимъ нѣкоторое рѣшеніе этого вопроса въ работахъ Friedländer'a [2]), проф. Афанасьева [3]), Fränkel'я и Wechselbaum'a [4]) относительно микроорганизмовъ крупозной пневмоніи.

Friedländer впрыскивалъ плевритическій и перекардитическій эксудаты крупозной пневмоніи мышамъ, морскимъ свинкамъ и собакамъ, и получалъ плевриты съ пневмоніей.

Проф. Афанасьевъ получилъ двусторонній плевритъ съ серознымъ или гнойнымъ эксудатомъ, впрыскивая кроликамъ въ ткань легкаго жидкость (1—3 куб. снтм.), содержащую микрококковъ крупозной пневмоніи. Впрыскиваніе въ правую плевру давало всегда въ обѣихъ плеврахъ обильный серозно-фибринозный эксудатъ.

Такіе же результаты получалъ и Wechselbaum, а ранѣе Fränkel, такъ что плевра очевидно чрезвычайно чувствительна къ вліянію

---

[1]) Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung von Raumbeschränkungen in der Pleurahöhle auf den Kreislaufsapparat и т. д. Virch. Arch. CV. 2.

[2]) Die Mikrokokken der Pneumonie. Fortsschr. d. Med. 1883. 22. I.

[3]) Note sur les micrococci de la pneumonie franche. Soc. de Biologie. 1884. 22.

[4]) Ueber die Aethiologie der acuten Lungen und Rippenfellentzündungen. Wien. med. Jahrbüch. 1886. 89.

специфическихъ низшихъ организмовъ (какъ въ данномъ случаѣ организмы крупозной пневмоніи), разъ они попадаютъ въ ея полость.

Проф. Петровъ (изъ Казани) въ небольшой статьѣ «Zur Impfbarkeit der Tuberculose» [1]) описываетъ опытъ введенія животному въ полость плевры туберкулезнаго агента. Отъ больнаго, умершаго отъ казеозной пневмоніи съ туберкулами (въ верхушкѣ легкаго каверна съ значительнымъ числомъ небольшихъ сѣрыхъ узелковъ, такіе же узелки въ печени, въ бронхіальныхъ и мезентеріальныхъ железахъ), авторъ взялъ изъ легкаго 2 узелка, растеръ съ дестиллированной водой и полученную такимъ образомъ красноватую жидкость Правацевскимъ шприцемъ впрыснулъ морской свинкѣ въ полость плевры обѣихъ сторонъ. Животное стало сильно худѣть и черезъ 20 дней околѣло. Вскрытіе дало слѣдующіе результаты: плевры инъецированы и шероховаты, въ полости ихъ ни слѣдовъ жидкости; на pericardium едва замѣтные узелки; поверхность легкихъ покрыта фибринозной пленкой, и на разрѣзѣ много небольшихъ сѣрыхъ узелковъ; печень по поверхности и на разрѣзѣ представляетъ такіе же узелки. Такимъ образомъ, у животнаго развился острый туберкулезъ, отъ котораго оно и погибло такъ быстро.

Все это дало намъ право думать, что разъ въ жидкости, вводимой нами въ полость плевры, находятся тѣ или другіе микроорганизмы, напр. ожидаемые нами туберкулезныя бациллы, — то неизбѣжно они оставятъ на плеврѣ, а затѣмъ и на всемъ организмѣ тотъ или другой замѣтный слѣдъ. На основаніи подобныхъ соображеній, мы впрыскивали плевритическіе эксудаты животнымъ въ полость плевры той или другой стороны (почти всегда правой), черезъ болѣе или менѣе продолжительное время (6—8—12 недѣль), убивали ихъ и тщательно изслѣдовали всѣ органы. Въ каждомъ случаѣ, кромѣ тщательнаго макроскопическаго анализа, мы изслѣдовали микроскопически сокъ органовъ на содержаніе въ нихъ туберкулезныхъ бациллъ, при помощи двойной окраски (или по способу Koch'a, видоизмѣненному Erlich'омъ, или по способу Ziehl-Nellsen'a).

Первое затрудненіе, встрѣтившееся намъ при нашихъ экспериментахъ, было ввести жидкость именно въ полость плевры животнаго, а не въ легкое или въ толщу грудныхъ или межреберныхъ мышцъ. Никто изъ авторовъ не предлагаетъ болѣе или менѣе вѣрнаго способа, и большинство изъ нихъ даже вовсе не упоминаетъ, какимъ образомъ они вводили то или другое вещество

[1]) Virchow's Archiv. 1868. 44.

въ полость плевры. Сначала я испробовалъ на трупахъ животныхъ непримѣнимость простой полой иглы отъ какого бы то ни было шприца, такъ какъ игла всегда проходила въ легкое; если же взять тупую иглу, то она дѣйствительно можетъ пройти (при большомъ насиліи) черезъ всю грудную стѣнку и не зойти въ ткань легкаго, которое, въ силу своей эластичности, не поддается тупой иглѣ; но зато проведеніе такого инструмента наноситъ довольно значительную травму грудной стѣнкѣ и производитъ рваную рану. Поэтому мы остановились на троакарѣ Fräntzel'я [1]) и примѣняли его слѣдующимъ образомъ: вначалѣ мы вкалывали его довольно глубоко въ грудную стѣнку, и затѣмъ, спрятавъ стилетъ, понемногу вытаскивали весь инструментъ, а потомъ опять вдвигали, держа все время инструментъ подъ возможно болѣе острымъ угломъ къ поверхности грудной стѣнки. Лишь только троакаръ выходилъ изъ легкаго при выдвиганіи инструмента (если только онъ проникъ въ ткань легкаго), легкое сейчасъ же смѣщалось и при вторичномъ введеніи тупой конецъ троакара (безъ стилета) не могъ пройти въ эластическую ткань легкаго, отдавливалъ ее и оставался такимъ образомъ въ полости плевры.

Высасываніе эксудата отъ больныхъ производилось шприцемъ доцента Н. П. Васильева [2]), причемъ мы пользовались шприцемъ и пріемникомъ гораздо бо́льшихъ размѣровъ (шприцъ 20 куб. снтм., пріемники 5 и 10 куб. снтм.), чтобы имѣть возможность брать эксудатъ въ большихъ количествахъ.

Предварительно затыкали пріемникъ съ надѣтой на него иглой съ обоихъ концовъ ватой и прогрѣвали въ продолженіе $^1/_2$ часа при температурѣ 180—200° С. Мѣсто укола у больнаго (межреберный промежутокъ выбирали соотвѣтственно каждому данному случаю, но всегда по возможности ниже) тщательно обмывали 5% растворомъ карболовой кислоты, быстро снимали вату съ иглы и втыкали ее въ грудную стѣнку; затѣмъ, если жидкость не набиралась въ пріемникъ сама собой, снимали вату съ другаго конца и быстро соединивъ его со шприцемъ, осторожно насасывали эксудатъ въ пріемникъ. Затѣмъ, вынувъ инструментъ изъ грудной стѣнки, завертывали его въ вату и переносили въ лабораторію для впрыскиванія животнымъ. Мѣсто впрыскиванія у животныхъ, предварительно выстриженное, обмывали также растворомъ 5% карболовой кислоты и, введя описаннымъ способомъ троакаръ

---

[1]) Руковод. къ частн. патол. и терапіи Цимсена, т. IV. стр. 414.
[2]) Подробно описанъ въ Клинич. газетѣ 1886. 20.

Fräntzel'я въ полость плевры и присоединивъ къ нему пріемникъ, впрыскивали содержимое его въ плевру.

Прежде чѣмъ начинать впрыскиванія эксудатовъ, мы впрыскивали животнымъ (собакамъ) въ плевру простую и дестиллированную воду, кротоновое масло, бациллярную мокроту. Вода, какъ въ малыхъ, такъ и въ большихъ количествахъ быстро всасывалась и не оставляла никакихъ слѣдовъ на плеврѣ, такъ что убивая животныхъ на 3 — 8 день и черезъ 3 — 4 недѣли находили плевру вполнѣ нормальной безъ слѣдовъ жидкости. Кротоновое масло (2 грм. на 2Ʒ—$^1/_2$ шприца) вызывало рѣзкую гиперемію и эксудатъ въ плеврѣ. Бациллярная мокрота, въ колич. 3 куб. снтм., значительно разбавленная (1:10) дестиллированной водой, впрыснутая 2-мъ собакамъ, дала у одной на мѣстѣ впрыскиванія абсцессъ; другая, убитая черезъ 20 дней послѣ впрыскиванія, представляла острую общую бугорчатку. На мѣстѣ впрыскиванія крѣпкое сращеніе плевры съ легкимъ на пространствѣ серебрянаго рубля; плевра инъецирована, шероховата. Около перепонокъ масса мелкихъ бугорковъ сѣраго цвѣта. Такими же бугорками усѣяна вся плевра этой стороны и нѣсколько менѣе на другой сторонѣ; также много ихъ и на pleura diaphragm. pericardium и поверхность легкихъ усѣяны подобными же узелками; бронхіальныя и медіастинальныя железы увеличены и оплотнѣли. Органы живота совершенно нормальны, безъ слѣда бугорковъ. Констатированы Koch'овскія бациллы въ большомъ количествѣ.

Что касается до впрыскиванія эксудатовъ, то мы сначала брали для эксперимента собакъ, стараясь избѣжать кроликовъ и морскихъ свинокъ, какъ животныхъ, предрасположенныхъ къ бугорчаткѣ. Затѣмъ, проведя рядъ впрыскиваній собакамъ, мы продѣлали тоже самое на кроликахъ, и наконецъ, на морскихъ свинкахъ, причемъ, какъ бы въ видѣ контроля, впрыскивали эксудаты не только въ полость плевры, но и въ полость брюшины, и прямо въ кровь, и въ переднюю глазную камеру. Впрыскиваніе въ полость брюшины производилось обыкновеннымъ способомъ съ предварительнымъ дезинфецированіемъ мѣста впрыскиванія. Въ кровь вводили жидкость посредствомъ краевой ушной вены, что чрезвычайно легко у кроликовъ: стоитъ только зажать между пальцами край уха, чтобы краевая вена сильно набухла, и тогда легко войти въ нее даже не особенно тонкой иглой. Конечно, мѣсто укола сбривалось и дезинфецировалось. Впрыскиванія въ полость глаза также производили, предварительно обмывъ поле операціи растворомъ сулемы (1: 1000), наискосъ втыкали въ роговицу, въ

самой выпуклой ея части иглу, и, если изъ отверстія вытекала жидкость, мы ожидали, пока истеченіе ея прекращалось и тогда вводили нѣсколько капель эксудата.

Такимъ образомъ мы сдѣлали впрыскиванія эксудата, взятаго отъ 14 больныхъ, исторіи болѣзни которыхъ и результаты инъекцій въ каждомъ случаѣ мы представляемъ. 5 больныхъ наблюдались въ Александровской барачной больницѣ, гдѣ я и могъ, благодаря любезной помощи доцента Николая Петровича Васильева, добыть отъ нихъ эксудатъ; двое больныхъ наблюдались въ Георгіевской общинѣ, и наконецъ, 7—у насъ въ клиникѣ.

Наблюденіе I. М. 32 л. жалуется на одышку, тяжесть въ груди и кашель, что и привело его 20 Мая 1887 г. въ Алекс. барачную больницу. Ранѣе былъ совершенно здоровъ, пилъ много водки и въ 2 недѣли развились всѣ эти явленія. Родные здоровы. Хорошаго тѣлосложенія мужчина, покровы и слизистыя анемичны, лицо и голени нѣсколько отечны; животъ нѣсколько увеличенъ въ объемѣ, внизу живота незначительная флюктуація. Пульсъ средней силы, рѣдокъ (64). Сердечная тупость на уровнѣ 4-го ребра на 2 пальца вправо за правую l. parasternalis; толчокъ разлитой. Правая половина груди менѣе выпукла, чѣмъ лѣвая, и дѣлаетъ гораздо большіе розмахи при глубокомъ дыханіи. Слѣва, начиная со 2-го ребра спереди, сверху до низу по l. axill. Sin., и сзади съ spinae scapulae тупой тонъ, на мѣстахъ котораго почти полное отсутствіе дыханія и fremitus pectoralis; подъ ключицей и надъ spina scapula бронхіальное дыханіе. Печень съ 6-го ребра по l. mamill., подъ 7-мъ по l. axill., прощупывается; неболѣзненна. Селезенка не прощупывается. Мочи очень мало (300 — 400 куб. снтм.), удѣл. вѣса 1013, слѣды бѣлка, мискроскопически ничего ненормальнаго не найдено. Черезъ нѣсколько дней (25 Мая) появились на мѣстѣ сердечнаго толчка 2 шума, не исчезающіе при задержкѣ дыханія, и кромѣ того, 2 тона; сердечная тупость на 3-мъ ребрѣ на 2 пальца, на 5-мъ на 3 вправо за правую l. parasternalis. Затѣмъ шумы тренія характера перикардіальнаго черезъ недѣлю исчезли; отеки быстро опали, и экссудатъ въ полости плевры значительно опалъ; появились рѣзкіе шумы тренія. Больной 6 Іюля выписался совершенно здоровымъ, тупость оставалась только сзади въ самомъ низу, пальца на 2 подъ лопаткой. Температура, вначалѣ высокая (до 38,5), при дальнѣйшемъ улучшеніи спала до нормы.

27 Мая черной сукѣ (7370 грм. в.) въ правую плевру введено 4 куб. снтм. экссудата отъ этого больнаго. Вскрытіе 6 Іюля дало вполнѣ отрицательный результатъ въ отношеніи бугорковъ и бациллъ.

Наблюденіе II. Дмитрій Б. 57 л. поступилъ 27 мая 1887 г. въ барачную больницу съ кашлемъ, колотьемъ въ боку и одышкой, которыя развились довольно быстро при знобѣ около 3 недѣль назадъ. Ранѣе былъ болѣнъ только въ 1877 году во время турецкой кампаніи—перемежающейся лихорадкой. Отецъ и мать были здоровые люди и умерли въ старости. При поступленіи больной, довольно крѣпкаго сложенія, представлялъ явленія выпота въ полости правой плевры: тупость спереди съ 5-го по l. mamill. d., съ 6-го по l. axill., и сзади съ середины лопатки; на мѣстахъ тупости отсутствіе дыханія и fremitus. Органы нормальны, отправленія также. Черезъ нѣсколько дней границы тупости сзади понизились, явились шумы тренія, и такимъ образомъ въ 3 недѣли больной совершенно излѣчился и выписался 14 іюня съ небольшою тупостью сзади подъ правой лопаткой. Вначалѣ 2 — 3 дня температура стояла около 38,5, затѣмъ не превышала 37,5.

Бурому кобелю (26050 грам. в.) 30 мая впрыснуто въ полость правой плевры около 4 куб. снтм. 2 іюля вскрытое животное оказалось безъ всякихъ слѣдовъ бугорковъ.

Наблюденіе III. Яковъ М. 25 л. 31 мая 1887 поступилъ въ Александровскую барачную больницу съ жалобами на кашель и боли въ правомъ боку. Болѣзнь, по словамъ больнаго, началась недѣлю назадъ жаромъ и знобомъ, быстро развился кашель, головная боль и боли въ правомъ боку. Ранѣе того былъ совсѣмъ здоровъ; близкіе родственники также здоровы. Больной —здоровый, крѣпкій мужчина представлялъ явленія правосторонняго плеврита, причемъ при поступленіи тупость начиналась спереди подъ 4-мъ по l. mamill. d., по l. axill. подъ 6-мъ ребромъ, сзади съ нижняго угла лопатки, на мѣстахъ тупости значительное ослабленіе fremitus и дыханія; но уже черезъ 5 дней по поступленіи эксудатъ увеличился: подъ правой ключицей притупленіе, переходящее подъ 3-мъ ребромъ въ феморальную тупость, по l. axill. тупость съ 5-го; сзади съ spina scapulae. Окружность правой половины груди на 2 снтм. больше лѣвой (прав. $45^1/_2$ снтм., лѣв. $43^1/_2$ снтм., при глубокихъ вздохахъ правой $45^1/_2$ снтм., лѣвой $44^1/_2$ сантм.). Въ послѣдующіе дни границы эксудата быстро понижались. Появились шумы тренія, крепитація, одышка уменьшилась, дыханіе на мѣстахъ бывшаго тупаго тона также прояснилось, и больной 9 іюня выписался, чувствуя себя вполнѣ хорошо, хотя тупость еще была ясно замѣтна спереди подъ 4-мъ ребромъ по l. mamill., подъ 6-мъ по l. axill., и сзади съ нижняго угла лопатки. Температура, вначалѣ повышенная до 39,0°, затѣмъ держалась на нормѣ. 4 іюня высосано 3 куб. снтм. серознаго эксудата; впры-

снуто собакѣ (черный кобель 7420 грм.) въ правую плевру. Вскрытіе 16 іюля констатировало вполнѣ нормальные плевру, легкія и другіе органы, и полное отсутствіе въ нихъ какихъ-либо признаковъ туберкулеза.

Наблюденіе IV. Софья X. 38 л. поступила 21 іюля 1887 г. въ Георгіевскую общину съ жалобами на кашель, колотье въ правомъ боку, общее недомоганіе, потерю аппетита и лихорадку. Всѣ эти явленія быстро развились недѣлю назадъ, и за послѣднее время присоединилась довольно сильная одышка. Ранѣе ничѣмъ сама не хворала, не кашляла, по ночамъ не потѣла, изъ родныхъ также ни на кого не указываетъ. Больная, крѣпкаго сложенія, представляла при поступленіи всѣ явленія правосторонняго плевритическаго выпота: правый бокъ нѣсколько выпяченъ, при глубокихъ вздохахъ замѣтно отстаетъ отъ лѣваго, что особенно замѣтно по движенію правой лопатки; дыханіе вообще поверхностное, учащенное. По l. mamill. dextra съ 5-го ребра абсолютная тупость, выше притупленіе; по l. axill. также тупость съ 5-го ребра, сзади нѣсколько ниже spinae scapulae. Повсюду на мѣстахъ тупаго тона, какъ спереди, такъ и сзади fremitus pectoralis очень сильно ослабленъ, надъ лопаткой и кнутри отъ лопатки fremitus замѣтно усиленъ. Дыханіе повсюду справа ослаблено, на мѣстахъ тупости почти отсутствуетъ; сзади надъ лопаткой съ бронхіальнымъ оттѣнкомъ; слѣва повсюду везикулярное дыханіе, нѣсколько усиленное. Границы сердца нормальны, тоны ясны, безъ постороннихъ шумовъ, на art. pulmon. акцентъ; пульсъ учащенъ (100—108), ритмичный, довольно сильный. Остальные органы нормальны, отправленія правильны. Температура значительно повышена — (39,4). Больной смазанъ бокъ t-ra jodi, внутрь natr. salyc. (по 15 грм. въ день) и inf. digitalis (ex gr vjjj ad ℥vj). Дня черезъ 4 эксудатъ повысился на палецъ и въ такихъ границахъ держался около 10 дней, а затѣмъ началъ постепенно всасываться, причемъ температура, все время стоявшая на высокихъ цифрахъ (38,5° до 40°) стала постепенно понижаться, и черезъ 2 недѣли послѣ поступленія: тупость на 2 пал. ниже spina scapulae, на 30-й день больная чувствовала себя настолько хорошо, что выписалась съ тупостью подъ правой лопаткой; въ остальныхъ мѣстахъ тонъ прояснился, появилось довольно ясное дыханіе и по временамъ шумы тренія.—Отъ больной при ея поступленіи 21 іюля 1887 г. высосано 3 куб. снтм. чисто серозной жидкости, которая впрыснута въ полость правой плевры собакѣ (черная сука 6500 грм. вѣса). 29 августа животное вскрыто: въ плеврѣ никакихъ слѣдовъ жидкости, поверхность ея совершенно нормальна; въ легкихъ ника-

кихъ уплотнѣній, всѣ органы также совершенно нормальны. Бациллъ не найдено.

Наблюденіе V. Николай Ф. 21 г. 14 іюля 1887 г. поступилъ въ Георгіевскую общину. Заболѣлъ 11 дней тому назадъ: быстро развился жаръ, по временамъ сильно знобило, сразу ослабѣлъ; особенно не кашлялъ, боли въ боку несильныя. Ранѣе, лѣтъ 8 назадъ, лежалъ въ Александровской больницѣ съ какою-то болѣзнью горла, и года 3 назадъ въ Петропавловской больницѣ съ какою-то сыпью по всему тѣлу. Близкіе родственники всѣ здоровы. Больной довольно крѣпкаго сложенія, съ хорошо развитой костной и мышечной системами, представляетъ значительное выпячиваніе лѣваго бока, при глубокомъ дыханіи замѣтно отстающаго отъ праваго. Слѣва спереди по l. mamill. абсолютная тупость съ 3-го ребра, по l. axill. сверху до низу, сзади на 2 пальца ниже spina scapulae; выше границъ абсолютной тупости замѣтно притупленіе надъ лопаткой съ нѣсколько тимпаничнымъ оттѣнкомъ. На мѣстахъ притупленія спереди fremitus ослабленъ, сзади нѣсколько усиленъ, на мѣстахъ тупости повсюду отсутствуетъ. Дыханіе, ослабленное подъ лѣвой ключицей, книзу исчезаетъ, также отсутствуетъ по l. axill. и сзади на и подъ лопаткой; надъ лопаткой съ бронхіальнымъ выдыхомъ. Остальные органы нормальны, кромѣ селезенки, которая прощупывается пальца на 2 выходящей изъ подъ края ложныхъ реберъ. За лѣвымъ ухомъ замѣченъ небольшой абсцессъ, который и былъ вскрытъ на слѣдующій день. При лѣченіи natr. salyc. и inf adon. эксудатъ черезъ недѣлю началъ постепенно всасываться, и черезъ 2 недѣли послѣ поступленія больной, вслѣдствіе усиленныхъ просьбъ, былъ выписанъ съ тупостью спереди съ 4-го, по l. axill. съ 5-го, сзади съ нижняго угла лопатки. Температура спала до нормы, вначалѣ доходила до 39°. Затѣмъ больной приходилъ на амбулаторные пріемы въ общину, и 1-го іюля мы опредѣлили эксудатъ по l. axill. подъ 5-мъ ребромъ, сзади абсолютная тупость съ нижнаго угла лопатки, выше ясный шумъ тренія. Между 6 и 7-мъ ребромъ по l. axill. высосано 4 куб. снтм. серозно-фибринозной жидкости, которая и впрыснута въ полость правой плевры собакѣ (большой черный кобель 18750 грам). 19-го августа животное вскрыто съ результатомъ, вполнѣ отрицательнымъ въ отношеніи бугорковъ или бациллъ.

8-го іюля вторично высосано столько же эксудата и впрыснуто бѣлому кобелю (5220 гр). также въ правую плевру. Результатъ вскрытія 23 августа отрицательный.

Наблюденіе VI. Иванъ Г. 16 л. 12 августа 1887 г. поступилъ въ барачную больницу съ явленіями плевритическаго эксудата. За-

болѣлъ 2 дня назадъ: былъ на постройкѣ въ холодномъ домѣ и работалъ въ комнатѣ, гдѣ очень сильно сквозило, и тутъ же у больнаго развилось сильное колотье въ боку и головная боль. Ранѣе былъ совершенно здоровъ, не кашлялъ; отецъ и мать умерли: отецъ умеръ 40 лѣтъ — внезапно; мать страдала припадками, во время котораго она и умерла. 2 сестры и братъ совершенно здоровы, не кашляютъ. При поступленіи: тупость въ нижнихъ частяхъ правой полости плевры, но черезъ нѣсколько дней тупость поднялась выше и начиналась спереди съ 5-го реб., сбоку съ 6 и сзади съ нижней $^1/_3$ лопатки. Органы вполнѣ нормальны, отправленія правильны. При дальнѣйшемъ теченіи эксудатъ быстро всасывался, и больной черезъ 3 недѣли выписался вполнѣ излѣченнымъ съ небольшимъ притупленіемъ подъ лопаткой. Температура 17 дней — около 39°, затѣмъ нормальная. Высосанный эксудатъ впрыснутъ черной сукѣ (9240 гр. в). въ количествѣ 3 куб. снтм. въ правую плевру 17 августа. 29 сентября вскрытое животное не дало никакихъ намековъ на бугорчатку.

Наблюденіе VII. Казиміръ Т. 25 л. поступилъ въ барачную больницу 20 августа 1887 г. на 21 день болѣзни, которая началась на другой день послѣ того, какъ больной потный пилъ чай на сквозномъ холодномъ вѣтру, когда и почувствовалъ небольшой ознобъ. На другой день развилось колотье въ лѣвомъ боку, сильный жаръ и сухой кашель. Ранѣе, лѣтъ 8 назадъ, у больнаго болѣлъ правый бокъ, что развилось черезъ нѣсколько дней послѣ простуды въ банѣ. Съ тѣхъ поръ никогда не кашлялъ и не потѣлъ по ночамъ. Родственники здоровы. Больной хорошаго тѣлосложенія и питанія. Тупость по лѣвой сторонѣ груди спереди съ 4-го по l. mamill. sin, по l. axill. сверху до низу, сзади съ середины лопатки; на мѣстахъ тупости отсутствіе дыханія и fremitus pector. Въ остальныхъ мѣстахъ нормальное везикулярное дыханіе. Сердечная тупость вправо до l. mediana, тоны ясны, на art pulm. акцентъ; пульсъ средней силы, ритмиченъ, учащенъ. Органы не прощупываются, не болѣзненны. Всѣ эти явленія черезъ нѣсколько дней осложнились нерѣзкимъ шумомъ тренія подъ 3-мъ ребромъ по l. parastern. sin., остающимся внѣ дыханія; шумъ этотъ черезъ нѣсколько дней появился и у верхушки сердца. Затѣмъ больной постепенно улучшался; бывшій ранѣе поносъ успокоился, перикардіальные шумы исчезли; появились въ значительномъ количествѣ шумы тренія плевры; тупость все понижалась и 1-го октября больной выписался: тупость только сзади подъ лопаткой. Температура на 35 день отъ начала болѣзни (до того около 38,5) спала, но съ появленіемъ перикардіальныхъ шумовъ повысилась

снова до тѣхъ же цифръ; и на 60-й день спала до нормы и осталась таковой до выхода больнаго изъ больницы.

4 сентября впрыснуто кролику (922 грм. в). 3 куб. снтм. эксудата. 15 октября вскрытъ безъ всякихъ слѣдовъ бугорковъ и бациллъ.

Тогда же впрыснуто черной сукѣ (8400 гр. в). 3 куб. снтм. эксудата, и 18 октября вскрытіе дало вполнѣ отрицательные результаты.

Наблюденіе VIII. Никифоръ В. 20 л. Заболѣлъ 10 сентября 1887 г. сдѣлался сильный знобъ, начался кашель и колотье въ правомъ боку, которое и продолжалось дня 4, а затѣмъ развилась сильная одышка, особенно при движеніи. Ранѣе больной былъ совершенно здоровъ, въ дѣтствѣ ничѣмъ не хворалъ, никогда не кашлялъ, грудь и бока также никогда не болѣли, по ночамъ никогда не потѣлъ. Болѣзнь развилась послѣ того какъ больной, работая на водочномъ заводѣ, сильно вспотѣвшій вышелъ на улицу. Отецъ, мать и братья живы и здоровы, никто никогда не болѣлъ грудью и не кашлялъ. Черезъ 2 дня послѣ начала заболѣванія больной поступилъ въ Александровскую барачную больницу и черезъ недѣлю переведенъ въ клинику. Больной довольно крѣпкаго сложенія, съ хорошо развитой костной и мускульной системами. Кожа нормальной окраски, температура ея на-ощупь повышена. Слизистыя окрашены вполнѣ нормально, языкъ нѣсколько обложенъ. Над- и подключичныя впадины почти не выражены; нѣкоторая несимметричность справа — правая ключица нѣсколько приподнята, правый бокъ расширяется менѣе лѣваго, межреберные промежутки справа болѣе сглажены, чѣмъ съ лѣвой, нижняя часть праваго бока нѣсколько выпукла. При глубокихъ вздохахъ правая сторона груди расширяется значительно меньше лѣвой; сзади при вздохахъ правая лопатка поднимается гораздо слабѣе и меньше. Дыханіе учащено—32 въ минуту, пульсъ довольно частый (92—96), ритмичный, небольшой силы, довольно легко сжимаемъ.

Въ стоячемъ положеніи справа подъ ключицей притупленіе, доходящее до серединной линіи; на 4-мъ ребрѣ оно принимаетъ характеръ феморальной тупости, которая и переходитъ внизъ въ печеночную тупость, а влѣво въ тупость области сердца. Верхняя граница сердца—подъ 2-мъ ребромъ притупленіе, надъ 3 тупость, доходящая внизъ до 5 межребернаго промежутка, гдѣ нѣсколько влѣво отъ соска прощупывается сердечный толчекъ. Тоны сердца у верхушки ясны, безъ постороннихъ шумовъ. На art. pulmon. рѣзкій акцентъ; на aorta ясные тоны безъ акцентовъ и шумовъ,

въ обѣихъ art. carot. 2 ясныхъ тона. По l. axill. съ нижняго края 5-го ребра абсолютная тупость, которая переходитъ въ печеночную тупость. Сзади надъ лопаткой, на лопаткѣ и кнутри отъ лопатки притупленіе, которое на 3 поперечныхъ пальца выше нижняго угла лопатки принимаетъ феморальный характеръ. При лежачемъ положеніи (на спинѣ) спереди границы нѣсколько понижаются—абсолютная тупость почти съ 5-го; сзади (при положеніи на животѣ)—на 2 пальца выше нижняго угла лопатки. Селезенка съ 9-го ребра, не прощупывается, печень на 2 пальца выдается изъ подъ края ложныхъ реберъ, болѣзненна при прощупываніи. По всей лѣвой сторонѣ спереди и сзади вполнѣ нормальное везикулярное дыханіе, какъ будто нѣсколько усиленное. Справа укороченный вздохъ надъ ключицей, который постепенно слабѣетъ книзу до границы тупости, гдѣ подъ 4 ребромъ дыхательные шумы вовсе отсутствуютъ. По l. axill. вверху дыханіе слабое, книзу совершенно исчезаетъ, сзади слабые неопредѣленные дыхательные шумы надъ и на лопаткѣ книзу также вполнѣ исчезаютъ. Fremitus vocalis при ощупываніи надъ правой лопаткой гораздо сильнѣе лѣвой, въ области лопаткѣ очень ясно ощутимъ, но книзу совсѣмъ исчезаетъ; то же и подъ axilla; спереди повышенный вверху ослабѣваетъ книзу. При выслушиваніи fremitus справа усиленъ только надъ лопаткой, въ остальныхъ мѣстахъ значительно ослабленъ. По временамъ въ области правой лопатки слышенъ ясный шумъ тренія.

Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ у больнаго опредѣленъ эксудатъ въ полости правой плевры и эксудатъ, по всей вѣроятности, начавшій всасываться, что и подтвердилось во время пребыванія больнаго въ барачной больницѣ (эксудатъ занималъ ранѣе почти всю полость правой плевры).

Высосано 10 куб. снтм. совершенно прозрачной свѣтлой жидкости.

Въ виду жалобъ больнаго на кашель и на боли въ правомъ подреберьѣ при вздохахъ, былъ назначенъ кодеинъ (по $^1/_6$ грн. 2 р. въ день), и согрѣвательный компрессъ на область печени, что дѣйствительно значительно облегчило больнаго. Кромѣ того, назначено было ежедневное растираніе утромъ и вечеромъ въ продолженіе 15—20 минутъ зеленымъ мыломъ. При такой терапіи эксудатъ постепенно продолжалъ всасываться, границы тупости мало по малу понижались, шумъ тренія слышенъ былъ на большихъ пространствахъ. Такимъ образомъ черезъ 10 дней по поступленіи спереди абсолютная тупость начиналась съ 5 ребра, по l. axill. съ 6, сзади съ нижняго угла лопатки. Дыханіе справа выше ту-

пости стало постепенно проясняться и принимать вполнѣ везикулярный характеръ, шумъ тренія постепенно также исчезъ; при глубокихъ вздохахъ развивается кашель и колотье въ правомъ боку. 3 прокола, сдѣланные на различныхъ мѣстахъ тупаго тона, не дали никакой жидкости.

Такимъ образомъ, границы тупости остались все тѣ же, когда замѣчено было, что правое плечо больнаго стоитъ ниже лѣваго, и правый бокъ представляетъ нѣсколько вогнутую линію. Назначена была гимнастика и усиленный массажъ этой стороны, но все-таки правое плечо продолжало опускаться книзу, и больной, пробывъ около мѣсяца въ клиникѣ, выписался, чувствуя себя совершенно здоровымъ; дыханіе по всей правой сторонѣ было ясное везикулярное, хотя внизу еще оставалась нѣкоторая тупость.

Поносъ, которымъ по временамъ страдалъ больной, также совершенно прекратился.

Итакъ, въ данномъ случаѣ было полное всасываніе плевритическаго эксудата,—всасываніе, довольно быстрое; вся болѣзнь тянулась около 40 дней.

Эксудатъ впрыснутъ 3 кроликамъ.

1) Бѣлому кролику 21 сентября (вѣсъ 1137) впрыснуто около 4 куб. снт. эксудата въ полость правой плевры. 23 октября животное вскрыто: плевры—реберная и легочная совершенно гладки, нормально гиперемированы, въ полости ихъ ни слѣда жидкости. Органы всѣ совершенно нормальны. Сокъ изъ органовъ не содержитъ ни слѣда Коховскихъ бациллъ.

2) Дымчатому кролику 21 сентября (вѣсъ 1020) также въ полость правой плевры впрыснутъ эксудатъ въ томъ же количествѣ. 26 ноября животное вскрыто съ такимъ же результатомъ, какъ и предыдущее.

3) Бѣлому кролику 21 сентября (920 вѣсъ) въ переднюю камеру праваго глаза введено нѣсколько капель эксудата. 22 ноября вскрытіе дало также вполнѣ отрицательные результаты. На мѣстѣ укола на роговицѣ небольшое бѣлое пятно; радужная не представляетъ никакихъ измѣненій.

Наблюденіе IX. Казиміръ Л. 29 л. поступилъ въ клинику 1887 г. 17 октября, съ жалобами на боли въ лѣвомъ боку, появившимися 5 недѣль тому назадъ, вмѣстѣ съ кашлемъ и познабливаніемъ. Боли въ продолженіи этихъ 5 недѣль то усиливались, то ослабѣвали, лихорадочныя явленія бывали также непостоянно. За послѣдніе дни у больнаго развилась значительная одышка и онъ довольно сильно ослабѣлъ. До начала этого заболѣванія больной былъ совершенно здоровъ, не кашлялъ, не потѣлъ и только нѣсколько

лѣтъ назадъ перенесъ правосторонній плевритъ. Среди близкихъ родственниковъ всѣ отличаются достаточнымъ здоровьемъ.

Больной высокаго роста, костная и мышечная системы развиты довольно хорошо, подкожно-жирный слой развитъ плохо. Грудная клѣтка нѣсколько ассимметрична: лѣвая ключица стоитъ выше правой, весь лѣвый бокъ выпяченъ болѣе праваго, межреберные промежутки замѣтно сглажены въ нижнихъ частяхъ. При глубокихъ вздохахъ лѣвая половина грудной клѣтки значительно отстаетъ въ движеніи отъ правой. Дыханіе по большей части поверхностное, учащенное (24—28). Сердечный толчекъ не ощупывается на его обычномъ мѣстѣ, но ощущается въ разлитой формѣ въ подложечной области. Подъ 3-мъ ребромъ по l. parastern. sin. встрѣчаемъ тупость тона, по l. mamill. sin. подъ 4-мъ ребромъ, простирающуюся на уровнѣ 4-го ребра вправо до l. parastern. dextra; по l. axill. sin. тупость начинается съ 5-го ребра, и сзади на 1 поперечный палецъ выше нижняго угла лопатки; выше въ подлопаточной и лопаточной области замѣтное притупленіе съ нѣсколько тимпаничнымъ оттѣнкомъ. Fremitus pectoralis на мѣстахъ тупаго тона почти отсутствуетъ, сзади надъ лопаткой и внутри отъ нея нѣсколько усиленъ. Дыхательные шумы ясные, съ выдыхомъ въ верхнихъ частяхъ, книзу ослабѣваютъ до полнаго исчезновенія. По всей правой половинѣ груди спереди и сзади дыханіе совершенно нормальное, везикулярное. Сердечные тоны чисты, безъ постороннихъ шумовъ; на art. pulmon. довольно рѣзкій акцентъ; пульсъ довольно полный, ритмичный, около 88—92 ударовъ въ минуту. Печень и селезенка не прощупываются. Всѣ отправленія нормальны. Температура (38,0°). Въ лежачемъ положеніи границы тупости нѣсколько видоизмѣняются, но не особенно рѣзко. Въ виду всѣхъ этихъ данныхъ опредѣленъ эксудатъ въ полости лѣвой плевры.

Больному назначенъ natrum salycil. по 15 гр. въ сутки, растиранія больнаго бока мазью изъ ol. terebin., и при такомъ лѣченіи больной началъ постепенно улучшаться субъективно; между тѣмъ какъ количество жидкости въ полости плевры продолжало увеличиваться и достигло maximum'а на 5 день пребыванія. Спереди тупость съ верхняго края 4-го ребра по l. mam., по. l. axill. съ самой fossa axillaris, сзади съ половины лопатки. Затѣмъ эксудатъ началъ довольно быстро всасываться, появились шумы тренія, (первоначально спереди подъ лѣвой ключицей, затѣмъ сзади между лопаткой и позвоночникомъ). Черезъ 2 недѣли пребыванія въ клиникѣ больной чувствовалъ себя отлично; границы тупости спереди съ 5-го, по l. axill. съ 6-го; сзади почти съ нижняго угла

лопатки, сердце вправо до l. mediana. Черезъ 3 недѣли послѣ поступленія больной выписался, чувствуя себя вполнѣ здоровымъ, но съ тупостью еще—по l. axill. подъ 6-мъ ребромъ, сзади на 2 поперечныхъ пальца ниже нижняго угла лопатки. Температура постоянно нормальная, по ночамъ не потѣетъ. 21-го октября у больнаго высосано 14 куб. снтм. чисто серозной жидкости, которая и вспрыснута 3-мъ кроликамъ.

1) Сѣрому кролику (вѣсъ 1227 грам.)—21 октября въ полость правой плевры введено 5 куб. снтм. эксудата. 20 декабря вскрытъ: на плеврѣ никакихъ слѣдовъ прокола, ни капли жидкости въ полости, поверхность ея совершенно гладкая, вездѣ нормально гиперемированная. Легкія также какъ на поверхности, такъ и на разрѣзѣ совершенно нормальны. Остальные органы также не представляютъ никакихъ замѣтныхъ измѣненій. Железы не увеличены. Бациллъ не найдено.

2) Бѣлому кролику (вѣсъ 1240 грам.)—21 октября также въ полость правой плевры впрыснуто 4 куб. снтм. того же эксудата. 22 января 1888 г. вскрытъ съ тѣми же отрицательными результатами, какъ и первый.

3) Сѣрому кролику (вѣсъ 1100 грам.) 21 октября въ краевую вену праваго уха впрыснуто 4 куб. снтм. той же жидкости. 8-го января 1888 г. вскрытъ—отсутствіе гдѣ бы то ни было бугорковъ, бациллъ также не найдено.

Наблюденіе X. Василій С. 35 лѣтъ, 21 октября 1887 г. поступилъ въ клинику съ жалобами на кашель и одышку, появившимися 2 недѣли назадъ вмѣстѣ съ жаромъ и знобами. Ранѣе не кашлялъ; родственники достаточно здоровы. При поступленіи представлялъ всѣ признаки лѣвосторонняго эскудативнаго плеврита: притупленіе надъ лѣвой ключицей, книзу подъ 3-мъ ребромъ переходящее въ абсолютно-тупой тонъ; по l. axill. тупость сверху до низу, сзади на 2 пальца ниже spina scapulae. Дыханіе и fremitus на мѣстахъ тупости рѣзко ослаблено, спереди съ 4-го ребра книзу полное отсутствіе дыханія, также внизу подъ axilla и сзади съ середины лопатки; надъ лопаткой выдыхъ бронхіальный; при перемѣнѣ положенія сзади границы мѣняются довольно рѣзко, спереди мало. Сердце начинается съ правой l. parastern.; толчекъ не ощутимъ; тоны чисты, акцентъ на aorta и art. pulm. Остальные органы нормальны.

Черезъ 3—4 дня послѣ поступленія границы тупости повысились на 1 палецъ, но затѣмъ дыханіе спереди начало проясняться и тупость опускаться, и 31 октября: спереди съ 6-го, сзади на 2 пальца выше н. угла лопатки, разбросанные шумы тренія

и крепитирующіе хрипы. Улучшеніе шло быстро впередъ, и больной выписался 7-го ноября 1887 г. съ тупостью подъ лопаткой. Температура въ началѣ 13 дней держалась повышенной (до 39°), но затѣмъ спала до нормы.

1) Высосанный эксудатъ чисто серозный впрыснутъ 28-го октября въ количествѣ 5 куб. снтм. кролику (вѣсъ 1130 грам.) въ полость правой плевры. 24 декабря животное вскрыто, и микроскопически не найдено никакихъ подозрительныхъ измѣненій во всѣхъ органахъ; бациллъ также нигдѣ не констатировано.

2) Другому кролику (вѣсъ 1260 грам.) тогда же впрыснуто 5 куб. снтм. въ краевую вену праваго уха. 2 января 1888 года животное по вскрытіи не дало никакихъ указаній на бугорки.

Наблюденіе XI. Иванъ К. 25 лѣтъ. Поступилъ въ клинику 1 декабря 1887 года съ жалобами на кашель, боли въ боку и одышку. Служилъ на Финляндской желѣзной дорогѣ, 3 недѣли назадъ сильно прозябъ, послѣ чего 2—3 ночи горѣлъ и сильно потѣлъ; развился сухой кашель и боли въ лѣвомъ боку. Отецъ и мать больнаго, равно какъ братья и сестры живы и здоровы, никто не кашляетъ. Больной довольно крѣпкаго сложенія съ хорошо развитой костной и мускульной системой, общіе покровы и видимыя слизистыя оболочки нѣсколько блѣдны. Надключичныя впадины мало выражены; лѣвая ключица нѣсколько выше правой. Вся лѣвая половина груди расширена болѣе правой, межреберные промежутки сглажены. Дыханіе довольно поверхностное, учащенное. При глубокихъ вздохахъ лѣвая половина груди значительно отстаетъ отъ правой. Сердечный толчокъ разлитой, яснѣе всего въ подложечной области. Перкуторно область сердечной тупости заходитъ на уровнѣ 4-го ребра на 3 поперечныхъ пальца вправо за правую пригрудинную линію; верхняя граница неопредѣлима такъ какъ по всей лѣвой половинѣ груди тупой тонъ, книзу принимающій характеръ феморальный. Также тупость по всему лѣвому боку и сзади сверху до низу. Дыханіе надъ лѣвой ключицей рѣзкое съ выдыхомъ постепенно слабѣетъ книзу и со 2-го ребра принимаетъ ясный бронхіальный характеръ; такого же характера дыханіе и по l. axillaris; сзади надъ лопаткой дыханіе рѣзкое бронхіальное, постепенно слабѣетъ книзу. Голосовое дрожаніе надъ лопаткой усилено, въ остальныхъ мѣстахъ отсутствуетъ. На мѣстахъ рѣзкаго бронхіальнаго дыханія рѣзкая бронхофонія и эгофонія. По всей правой сторонѣ дыханіе усиленное, везикулярное; тоны сердца, яснѣе всего выслушиваемые подъ грудиной, чисты безъ постороннихъ шумовъ, на аортѣ также, на легочной артеріи рѣзкій акцентъ; въ обѣихъ art. carotis. 2 тона,

пульсъ порядочной силы, ритмичный, около 80 ударовъ въ минуту. Печень подъ 6-мъ ребромъ по сосковой, съ 9-го по подмышечной, селезенка не прощупывается. Отправленія нормальны, температура не повышена. На основаніи всего этого опредѣленъ эксудатъ въ полости лѣвой плевры; проколъ далъ чисто серозную жидкость. Больному назначенъ мышьякъ и массажъ лѣваго бока зеленымъ мыломъ. При такой терапіи состояніе больнаго постепенно улучшалось, одышка и кашель быстро исчезли и уже черезъ недѣлю верхняя граница эксудата опустилась на 2 пальца книзу. На 10-й день пребыванія въ клиникѣ тупость спереди съ 3-го ребра сзади на 3 пальца ниже верхняго угла лопатки; подъ лѣвой ключицей рѣзкій шумъ тренія; сердечная тупость на палецъ вправо отъ правой пригрудинной. Такимъ образомъ день ото дня границы эксудата понижались, шумъ тренія распространялся на бо́льшія пространства, правая граница сердца постепенно отодвигалась влѣво, и на 40-й день пребыванія въ клиникѣ больной выписался: по l. axillaris тупость съ 7-го ребра, сзади съ нижняго угла лопатки; дыханіе вездѣ ясное, везикулярное, внизу нѣсколько ослабленное, по мѣстамъ шумы тренія; самочувствіе больнаго отлично.

1) 4-го декабря эксудатъ, въ количествѣ 8 куб. снтм., впрыснутъ въ правую плевру кролику (вѣсъ 1040 грам.). 23 января животное вскрыто, нигдѣ никакихъ слѣдовъ (ни макро- ни микроскопическихъ) бугорковъ.

2) 4-го декабря впрыснуто 5 куб. снтм. того же эксудата морской свинкѣ (вѣсъ 410 грам.) въ полость живота. 8-го января при вскрытіи брыжжеечныя железы какъ будто увеличены, но бациллъ въ нихъ, какъ и въ другихъ органахъ, не найдено.

3) 9-го декабря сѣрому кролику впрыснуто по нѣсколько капель въ переднюю камеру обоихъ глазъ. 22-го января на вскрытіи оба глаза нормальны, кромѣ едва замѣтнаго рубца на мѣстѣ укола. Ни въ мозгу, ни во всѣхъ остальныхъ органахъ никакихъ намековъ на бугорчатку.

Наблюденіе XII. Матвѣй Г. 35 л. Заболѣлъ 29 декабря 1887 года. Передъ обѣдомъ сдѣлался знобъ, который продолжался цѣлый день. Вмѣстѣ съ ознобомъ сдѣлался кашель и сильная головная боль. Ночь спалъ хорошо, но на другой день опять былъ знобъ и появилась боль въ лѣвой половинѣ груди. Черезъ 3 дня послѣ этого развилась одышка, которая и привела 9 января 1888 года больнаго въ клинику. Больной въ Петербургѣ около 17 л., занимается слесарствомъ на заводѣ около 15 л. Отецъ умеръ 70 л.,

матери не помнитъ, братья и сестры всѣ живы и здоровы, не кашляютъ. Въ дѣтствѣ больной ничѣмъ не хворалъ.

Работать приходится въ очень холодномъ сараѣ, такъ что иногда изъ-за холода даже невозможно работать, и приходится постоянно ходить къ печкѣ грѣться; въ силу этого больной часто простужался, появлялся кашель, который, однако, подъ вліяніемъ тѣхъ или другихъ средствъ быстро исчезалъ. Въ то утро когда больной заболѣлъ, онъ особенно сильно прозябъ и не могъ согрѣться у печки; ранѣе знобовъ не бывало, ночи спалъ хорошо, по ночамъ не потѣлъ.

Больной довольно блѣдный; костная система хорошо развита, подкожно-жирный слой развитъ мало. Слизистыя блѣдны, склеры нѣсколько иктеричны. Температура тѣла на-ощупь какъ будто повышена. Дыханіе поверхностное, нѣсколько учащено—28. Над- и подключичныя впадины не рѣзко выражены; лѣвая половина груди расширяется менѣе правой; межреберные промежутки, начиная слѣва со 2 ребра, болѣе сглажены, чѣмъ справа; нижняя часть лѣваго бока нѣсколько выпукла. Подъ 2-мъ ребромъ слѣва начинается притупленіе, которое съ 3-го ребра переходитъ въ абсолютную тупость, простирающуюся спереди по всей лѣвой половинѣ груди; по l. axill. тупой тонъ съ самой верхушки подмышечной впадины внизъ до 9 ребра, гдѣ начинается тимпанитъ. Сзади слѣва притупленіе начинается съ spina scapulae и на 2 пальца выше нижняго угла ея переходитъ въ абсолютную тупость. Въ лежачемъ положеніи (на спинѣ) границы тупости измѣняются; спереди начинается подъ 3-ребромъ; сзади (при положеніи на животѣ) на 2 пальца выше угла лопатки. По всей правой сторонѣ легочный тонъ не представляетъ никакихъ уклоненій отъ нормы. Правая граница сердца на 2½ поперечныхъ пальца вправо, отъ правой l. parastern. (на уровнѣ 4-го ребра); лѣвая граница неопредѣлима, сердечная тупость переходитъ въ тупой звукъ лѣвой стороны груди. Печень перкуторно по l. mamill. съ 6-го, по l axill. подъ 7-мъ ребромъ, подвижна при вздохахъ, но не прощупывается. Верхняя граница селезенки неопредѣлима, органъ не прощупывается. Сердечные тоны, лучше всего выслушиваемые около sternum, ясны безъ посторонихъ шумовъ; на art. pulmon. рѣзкій акцентъ, пульсъ довольно полный, 80 ударовъ въ мин. Fremitus vocalis на лѣвой сторонѣ по всей области тупости очень сильно ослабленъ и внизу сзади вовсе отсутствуетъ; сзади надъ лопаткой fremitus нѣсколько усиленъ. Дыхательные шумы слѣва надъ и подъ ключицей нѣсколько усилены, начиная со 2-го ребра дыхательные шумы слабѣютъ, при сильныхъ вздохахъ выдохъ яснаго бронхіальнаго характера; подъ axilla

дыханіе также очень слабо, также и сзади на мѣстахъ тупости. Дыхательные шумы на правой сторонѣ усилены, по временамъ сопровождаются сухими свистами различной высоты. Животъ вздутъ; около 2-хъ недѣль запоръ. По временамъ больной кашляетъ, кашель совершенно сухой.

На основаніи всѣхъ этихъ данныхъ опредѣленъ: эксудативный лѣвосторонній плевритъ, и назначено natrum salycil. (по 30 грн. въ день) и въ виду запора—клизмы; затѣмъ на слѣдующій день въ виду жалобъ больнаго на очень сухой кашель, больному дали pulv. dov. (по 2 грн). 2 раза въ день.

Уже черезъ 2 дня послѣ поступленія больной сталъ чувствовать себя гораздо лучше, хотя все еще продолжалъ жаловаться на кашель, на боли подъ ребрами при глубокихъ вздохахъ и на одышку при движеніи; уже въ это время границы тупости понизились: спереди по l. mamill. абсолютная тупость подъ 3-мъ ребромъ, по l. axill. съ 5-го ребра, сзади остались прежнія; правая граница сердечной тупости на 2 поперечныхъ пальца вправо за правую l. parastern. Назначили salol. (по 0,5 3 раза въ день, затѣмъ увеличили до 6 и даже до 8 разъ въ день) и при такой терапіи больной сталъ постепенно улучшаться. Уже на 4-й день подъ 2--мъ ребромъ, слѣва спереди замѣченъ ясный шумъ тренія. Границы тупости черезъ недѣлю опустились спереди до 4-го ребра, по l. axill. до 6-го, сзади до нижняго угла лопатки; сердце на 1 поперечный палецъ за правую parast., повсюду выше тупости ощущался ясный шумъ тренія, который замѣчалъ даже самъ больной. Температура больнаго первые 11 дней пребыванія въ клиникѣ все время была повышена и доходила до 38,9, но затѣмъ спала и держалась около нормы. Самочувствіе больнаго также постепенно улучшалось, кашель уменьшался, ночи спалъ хорошо, не потѣлъ. Въ виду жалобъ на нѣкоторую слабость и потерю аппетита назначенъ мышьякъ. Наконецъ 30 января 1888 г. больной выписался при слѣдующихъ явленіяхъ: самочувствіе отличное, кашель прекратился; границы сердца нормальны; по l. axill. тупость подъ 6-мъ ребромъ. сзади подъ лопаткой; fremitus на мѣстахъ тупости незначительно ослабленъ, дыханіе на этихъ мѣстахъ также нѣсколько слабѣе; по остальнымъ мѣстамъ груди нормальное визикулярное дыханіе. Такимъ образомъ болѣзнь длилась около мѣсяца и вполнѣ разрѣшилась. Черезъ нѣсколько дней послѣ поступленія, мы высосали у больнаго (подъ 6 ребромъ по l. axill.) 5 куб. снтм. свѣтлой, прозрачной серозной жидкости; та же операція повторена еще 2 раза,

но послѣдній разъ (за 2 дня до выписки) съ отрицательнымъ результатомъ (проколъ сзади подъ лопаткой).

1) Моркой свинкѣ (вѣсъ 275 грм.) 12 января впрыснуто въ брюшную полость 5 куб. снтм. эксудата. 15 февраля животное вскрыто: полость брюшины не содержитъ жидкости, на мѣстѣ укола никакихъ слѣдовъ; peritoneum parietale et viscerale совершенно гладко, умѣренно гиперемировано; брыжжеечныя железы не увеличены. Легкія нѣсколько гиперемированы; также гиперемированы кишки, особенно въ области recti. Остальные органы совершенно нормальны. Микроскопическій анализъ брыжжеечныхъ железъ, печени, легкихъ, почекъ далъ вполнѣ отрицательный результатъ на содержаніе туберкулезныхъ бациллъ.

2) Кролику (вѣсъ 1100 грм.) 18 января впрыснуто въ полость правой плевры около 5-ти куб. снтм. эксудата. 26 февраля животное вскрыто: плевра совершенно гладкая, нормально гиперемирована, никакого слѣда укола. Всѣ органы нормальны. Анализъ сока органовъ далъ такой же результатъ, какъ и у перваго животнаго.

Наблюденіе XIII. Прасковья П. 48 л., поступила въ клинику 15 января 1888 съ жалобами на одышку, особенно по вечерамъ, и на боли въ правомъ боку. Заболѣла мѣсяцъ тому назадъ, вскорѣ послѣ родовъ. На пятый день послѣ родовъ больная, несмотря на холодную погоду, выходила на дворъ и сильно прозябла; черезъ нѣсколько дней послѣ этого почувствовала ночью сильный знобъ, приступы кашля и сильную одышку. Съ тѣхъ поръ эти явленія не прекращались и привели больную въ клинику.

Въ дѣтствѣ больная перенесла оспу; лѣтъ 25 назадъ пролежала 4 недѣли въ больницѣ съ какой-то инфекціонной формой; лѣтъ 20 назадъ еще разъ лежала въ больницѣ съ сильнѣйшими поносами. Среди близкихъ родственниковъ больныхъ не знаетъ. Сама больная родила 16 дѣтей, изъ которыхъ 7 живы и совершенно здоровы.

Больная крѣпкаго сложенія женщина, съ сильно развитымъ подкожно-жирнымъ слоемъ. Особой разницы между правой и лѣвой половиной груди не замѣчается, хотя при глубокихъ вздохахъ правая сторона отстаетъ въ своихъ движеніяхъ отъ лѣвой. Сердечная тупость съ 3-го ребра по l. parastern. sin. заходитъ на уровнѣ 4-го ребра на 2 пальца за l. mediana, книзу доходитъ до 6-го межреберная промежутка по l. mamill. sin. Тоны сердца слабы, часты, безъ постороннихъ шумовъ; на art. pulmon. рѣзкій акцентъ. По l. mamill. dextra съ 4-го ребра начинается тупость, неподвижная при вздохахъ, но нѣсколько измѣняющаяся при перемѣнахъ положенія; по l. axill. d. подъ 5-мъ ребромъ, сзади на па-

лецъ выше нижняго угла лопатки. Дыханіе на мѣстахъ тупаго тона почти отсутствуетъ, также какъ и fremitus pect. Печень и селезенка не прощупываются; животъ не болѣзненъ. Всѣ отправленія нормальны. Температура не повышена (37,0). Вечеромъ, въ день поступленія больной, съ ней сдѣлался припадокъ удушья, продолжавшійся около 3-хъ часовъ, и въ виду такого припадка яснаго стенокардитическаго характера больной назначены были сердечныя средства въ видѣ смѣси t-rae convall. maj. (ʒj), digital, strophant. (ʒs) 3 раза въ день по 15 капель, кромѣ того, растиранія праваго бока зеленымъ масломъ. Припадки продолжали повторяться и въ слѣдующіе дни, и даже мѣшали иногда спать, но затѣмъ сердцебіеніе и удушье появлялись все рѣже, въ то же самое время, границы эксудата быстро понижались, и черезъ 13 дней больная выписалась, чувствуя себя совершенно здоровой, съ тупостью на 2 пальца подъ лопаткой.

Такимъ образомъ больная, поступившая съ эксудатомъ въ полости правой плевры и съ приступами стенокардіи, за пребываніе ея въ клиникѣ почти совершенно поправилась.

Въ день поступленія высосанъ 1 куб. снтм. серозной жидкости. Бѣлому лохматому кролику (вѣсъ 815 грм.) 15 января впрыснуто по нѣсколько капель въ переднія камеры обоихъ глазъ. 23 февраля вскрытъ. На роговицѣ ясно замѣтныя бѣлыя пятна на мѣстахъ уколовъ, радужная совершенно нормальна, камера нормальна. Мозгъ и другіе органы вполнѣ нормальны. Ни въ глазномъ содержимомъ, ни въ органахъ не констатированы бациллы.

Наблюденіе XIV. Протасъ Р., 42 л., переведенъ 14 января 1888 г. изъ Петропавловской больницы въ клинику. Въ началѣ августа 1887 года больнаго сильно прознобило и онъ сталъ сильно горѣть, изъ-за чего поступилъ въ Петропавловскую больницу, гдѣ и пролежалъ до 23 октября 1887 г. Около $^1/_2$ мѣсяца температура была высокая (доходила до 40°) и затѣмъ постепенно спала, такъ что больной вѣроятно перенесъ брюшной тифъ. Пробывъ дома 2 недѣли совершенно здоровымъ, больной послѣ бани замѣтилъ боли въ лѣвомъ боку, появился значительный кашель и черезъ нѣсколько дней развилась одышка, особенно усиливавшаяся при движеніи. Больной обратился къ думскому врачу, который констатировалъ лѣвосторонній плевритъ и далъ совѣтъ лечь въ больницу, отчего больной и поступилъ вновь въ Петропавловскую больницу, откуда мы имѣли возможность получить его благодаря любезности главнаго доктора больницы.

Въ Петербургѣ больной около 30 лѣтъ, ранѣе служилъ на желѣзной дорогѣ, теперь занимается торговлей; женатъ, имѣетъ

ребенка, другія дѣти умерли отъ неизвѣстной причины. Отецъ умеръ 50 лѣтъ, мать—56 лѣтъ, оба отъ какой-то острой формы. Братъ больнаго умеръ 34 лѣтъ отъ чахотки, которая развилась у него послѣ сильнаго пьянства. Сестра жива, совершенно здорова и имѣетъ совершенно здоровыхъ дѣтей.

Больной очень крѣпкаго сложенія, костная и мускульныя системы сильно развиты, подкожный жирный слой также, кожа и слизистая оболочка не блѣдны. Над- и подключичныя впадины вовсе не выражены. Ясно замѣтное выпячиваніе лѣваго бока и уменьшенные розмахи всей лѣвой половины груди при глубокихъ вздохахъ довольно рѣзко бросаются въ глаза. Сердечный толчекъ разлитой, прощупывается въ области грудины; сердечная тупость вправо до l. mediana; тоны сердца чисты, безъ постороннихъ шумовъ; на art. pulm. рѣзкій акцентъ, въ art. carot. оба тона; пульсъ не учащенный (76—80), довольно значительной силы, всегда ритмичный. Спереди слѣва подъ ключицей притупленіе, которое со 2-го ребра дѣлается абсюлютно тупымъ и идетъ сплошь книзу; по l. axill. до 5-го ребра притупленіе, съ 5-го феморальная тупость; сзади тупость на 4 пальца выше нижняго угла лопатки. При перемѣнѣ положенія границы тупости замѣтно измѣняются. Fremitus pectoralis на мѣстахъ тупости почти отсутствуетъ, выше тупости усиленъ, но не особенно значительно. Дыханіе надъ ключицей усиленное, подъ ключицей ослабленное, внизу совершенно отсутствуетъ; также и подъ axilla и сзади, гдѣ около позвоночника на уровнѣ spinae scapulae иногда съ бронхіальнымъ выдыхомъ; по всей правой сторонѣ везикулярное дыханіе. Печень и селезенка не прощупываются. Отправленія нормальны; температура не повышена. Пробнымъ проколомъ опредѣленъ серозный характеръ выпота. Назначенъ массажъ зеленымъ мыломъ и мышьякъ. Эксудатъ черезъ нѣкоторое время нѣсколько понизился (спереди съ 3-го по axill. подъ 5, сзади на 3 пальца выше нижняго угла лопатки), появились шумы тренія спереди подъ ключицей, подъ axilla и сзади въ области лопатки и затѣмъ въ такомъ видѣ держался около двухъ недѣль, послѣ чего сталъ постепенно убывать и 8 февраля, вслѣдствіе настойчивыхъ просьбъ, больной вышелъ съ тупостью—спереди съ 4-го, сбоку съ 6-го, сзади на 1 палецъ ниже нижняго угла лопатки. Затѣмъ черезъ 10 дней послѣ этого больной снова возвратился въ клинику съ жалобами на одышку и затрудненіе работать, при этомъ во все время пребыванія дома больной сильно пилъ водку. Подъ 6 ребромъ по l. axillar. sin. кровоподтекъ величиной въ мѣдный пятачекъ; происхожденія этого кровоподтека больной не объяс-

няетъ. Эксудатъ найденъ нѣсколько повысившимся, но черезъ недѣлю пребыванія больнаго въ клиникѣ эксудатъ постепенно снова началъ всасываться, одышка исчезла и больной выписался вторично съ тупостью спереди подъ 4 ребромъ, по l. axill. подъ 6 ребромъ, сзади пальца на 2 ниже подъ лопаткой.

За все время пребыванія въ клиникѣ отъ больнаго взято въ нѣсколько пріемовъ около 80 куб. сант. жидкости и привито 7 животнымъ.

1) Кролику пѣгому (вѣсъ 1075 гр.) 17 января въ краевую вену лѣваго уха введено около 4 куб. снт. эксудата. 26 февраля вскрытъ, причемъ нигдѣ не найдено никакихъ намековъ на бугорки; бациллъ ни въ одномъ изъ органовъ не найдено.

2) Кролику черному (вѣсъ 840 гр.) 17 января въ правую плевру впрыснуто 6 куб. снтм. выпота. 12 марта вскрытъ: всѣ органы нормальны, не содержатъ бациллъ.

3) Сѣрому кролику (вѣсъ 970 гр.) 25 января впрыснуто въ ушную вену около 3 куб. снтм. эксудата. 29 февраля вскрытъ: органы нормальны безъ бациллъ.

4) Морской свинкѣ (вѣсъ 322 гр.) введено въ брюшную полость 15 января 6 куб. стнм. эксудата. 27 февраля вскрыта: сильная гиперемія брюшины въ нижней части живота, особенно рѣзкая въ области recti [1]), въ полости брюшины незначительное количество серозно-кровянистой жидкости. Нѣсколько брыжжеечныхъ железъ увеличено. Остальные органы нормальны, безъ слѣда бугорковъ, сокъ органовъ не содержитъ бациллъ.

5) Морской свинкѣ (вѣсъ 530 гр.) впрыснуто 25 января въ полость брюшины 9 куб. снтм. эксудата. 28 февраля вскрыта: сзади recti найдена довольно большая полость, наполненная гноемъ, вокругъ сильная гиперемія. Железы брыжжеечныя не увеличены. Нигдѣ ни одного бугорка, также и въ остальныхъ органахъ. Бациллъ не констатировано.

6) Морской свинкѣ (вѣсъ 160 гр.) въ полость брюшины введено 5 куб. снтм. эксудата. Къ сожалѣнію животное черезъ недѣлю околѣло, причемъ rectum найдено прорваннымъ и каловыя массы въ полости живота.

7) Морской свинкѣ (вѣсъ 640 гр.) введено 10-го февраля въ полость брюшины 25 куб. снтм. эксудата. Вскрытіе 15-го марта кон-

---

[1]) Гиперемія recti замѣчалась почти у всѣхъ животныхъ, хотя не въ такой степени, отъ ежедневнаго измѣренія въ rectum температуры; почти у всѣхъ же животныхъ развивался сильный поносъ, въ виду чего иногда приходилось прекращать измѣренія; и у одной свинки rectum было прорвано термометромъ.

статировало полное отсутствіе какихъ-либо макро- и микроскопическихъ признаковъ бугорчатки.

Такимъ образомъ во всѣхъ случаяхъ мы имѣли дѣло съ эксудатами серознаго характера, одни болѣе свѣжаго характера, другіе начавшіе всасываться. Мы имѣли возможность сдѣлать всего 30 прививокъ, по тому или другому способу: въ полость плевры вводили эксудатъ въ 8 случаяхъ собакамъ и въ 9 случаяхъ кроликамъ; въ 4 случаяхъ кроликамъ въ ушную вену, въ 3 случаяхъ кроликамъ въ переднюю глазную камеру и наконецъ въ 6—морскимъ свинкамъ въ полость брюха.

Во всѣхъ случаяхъ мы получили вполнѣ *отрицательный* результатъ прививки. Такимъ образомъ, вскрывая животныхъ черезъ 4—12 недѣль послѣ впрыскиванія, мы ни разу не могли констатировать не только какихъ-либо макроскопическихъ измѣненій въ видѣ высыпанія бугорковъ, хотя бы на мѣстѣ прививки, но даже тщательный микроскопическій анализъ сока органовъ, (причемъ мы дѣлали препараты по возможности изъ всѣхъ органовъ и особенно изъ болѣе или менѣе подозрительныхъ) далъ *такой же вполнѣ отрицательный результатъ въ отношеніи содержанія въ нихъ туберкулезныхъ бациллъ.*

Выводы, къ которымъ заставляютъ придти полученные нами результаты, по нашему убѣжденію, весьма ясны и опредѣленны, хотя, конечно, могутъ явиться нѣкоторыя возраженія относительно тѣхъ или другихъ деталей опытовъ, а отсюда и относительно выводовъ, и поэтому мы постараемся выяснить, почему мы лично такъ глубоко убѣждены въ справедливости утѣшительныхъ результатовъ нашей работы.

Прежде всего относительно впрыскиванія въ полость плевры намъ могли бы возразить, что можетъ быть мы не попадаемъ въ полость плевры, а впрыскиваемъ жидкость или въ самую ткань легкаго или же въ толщу мышцъ. Конечно, если производить операцію впрыскиванія простымъ Правацевскимъ шприцемъ, то никогда нельзя быть убѣжденнымъ, что жидкость попала именно въ полость плевры, потому что почти невозможно острой иглой попасть между двумя въ нормальномъ состояніи плотно прилегающими одинъ къ другому листками плевры—паріэтальной и висцеральной; но при помощи троакара Fräntzel'я при извѣстномъ навыкѣ можно всегда съ увѣренностью ввести жидкость въ полость плевры. Да наконецъ, если бы даже мы ввели жидкость не въ полость плевры, а въ ткань легкаго или въ толщу грудныхъ мышцъ, разъ мы предполагаемъ въ впрыскиваемой жидкости присутствіе туберкулезнаго агента, то имѣли бы или прививку прямо въ ткань лег-

каго или подъ кожу, тѣмъ болѣе, что большинство авторовъ именно и прививали туберкулезъ подобнымъ способомъ. Koch въ своей знаменитой работѣ «Die Aethiologie der Tuberculose» [1]) постоянно получалъ туберкулезъ, производя прививки въ ткань легкаго.

Такіе же результаты получилъ Biondi [2]), впрыскивая собакамъ и кроликамъ въ ткань легкаго бакциллярную мокроту, разведенную водой, и то же дѣлалъ ранѣе Bollinger [3]). Что касается до прививки прямо въ подкожную клѣтчатку, то такимъ путемъ получали развитіе туберкулеза большинство авторовъ, работавшихъ надъ этимъ вопросомъ (Willemin [4]), Lebert und Wyss [5]), Colin [6]), Waldenburg [7]), Koch [8]), Raymond et Arthand [9]) и др.). Chauffard et Gombault [10]), впрыскивая въ полость брюха плевритическій эксудатъ отъ туберкулезныхъ больныхъ, въ 4 случаяхъ констатировали присутствіе творожистаго узла въ толщѣ брюшной стѣнки, развившагося въ мышцахъ подъ вліяніемъ тѣхъ нѣсколькихъ капель, попадавшихъ въ ихъ ткань при введеніи и выведеніи черезъ ихъ толщу иглы шприца. Мы однако ни разу не получили чего-либо подобнаго и вообще послѣ впрыскиванія мы (въ полости ли плевры или брюшины) даже не могли найти того мѣста, гдѣ производилт проколъ, ни со стороны кожи, ни со стороны полости. Прививки авторовъ въ брюшную полость (Waldenburg [11]), Conheim und Fränkel [12]), Bollinger [13]), Koch [14]) и др.), въ кровь (Béhier [15]) Feltz [16]) Koch) и въ переднюю глазную камеру (Koch, Baumgarten [17]), Salomon-

---

[1]) Berlin. klin. Wchnschr. 1882. 15.

[2]) Estirpazione del pulmone. Giornale internazion del scienze mediche. An. IV. Napoli.

[3]) Ueber Impf. und Fütterungstuberculose. Arch. f. exp. Pathol. und Pharm. 1873. I.

[4]) Etudes sur la tuberculose. 1868 (Preuves rationelles et experimentelles de sa spécifité et de son inoculabilité). Paris.

[5]) Virch. Arch. 1867. 40.

[6]) L'union médec. 1867, 86. 1868, 72, 73.

[7]) Die Tuberculose, die Lungenschwindsucht und Scrofulose. Berlin. 1869

[8]) Loc. cit.

[9]) Recherches experimentelles sur l'étiologie de la tuberculose Arch. gén. de médec. 1883. I.

[10]) Loc. cit.

[11]) Loc. cit.

[12]) Virch. Arch. 45. 1868.

[13]) Loc. cit.

[14]) Loc. cit.

[15]) Lunion méd. 1868. 5.

[16]) Gaz. méd. de Strassbourg. 1868. 20.

[17]) Nachweis der pathogenen Bedeutung der Tuberkelbacillen. Centr. f. die med. Wissensch. 1883. 42.

sen [1]) Damsch [2]) [3]), разъ прививаемая жидкость содержала туберкулезный ядъ, почти всегда вызывали ясно выраженный туберкулезъ; между тѣмъ у насъ дали во всѣхъ случаяхъ отрицательный результатъ. Какъ объяснить это? K. et. V. пытается объяснить такіе результаты при своихъ прививкахъ малымъ содержаніемъ туберкулезнаго яда, т.-е. бациллъ, въ эксудатѣ. Къ сожалѣнію, авторы не указываютъ, какія количества эксудата они впрыскивали.

Мы вполнѣ согласны съ тѣмъ, что подобное предположеніе вполнѣ естественно и въ виду этого мы старались впрыскивать эксудатъ въ возможно бо́льшемъ количествѣ, такъ обыкновенно мы впрыскивали не менѣе 3 куб. снтм. и увеличивали до 8—10, даже 25 куб. снтм. Получивъ отрицательные результаты даже при введеніи 25 куб. снтм. жидкости, намъ, кажется, можно съ положительностью отрицать хотя бы какое-нибудь заразительное свойство эксудата, т.-е. вполнѣ отрицать всякое присутствіе бациллъ въ полости плевры. Ch. et Gomb. на основаніи своихъ опытовъ заключаютъ, что заразительность туберкулезнаго эксудата не особенно сильна, но уже 3 куб. снтм. жидкости имъ было достаточно, чтобы вызвать общій туберкулезъ и даже бугорокъ прививки, т.-е. гнѣздо на мѣстѣ укола въ толщѣ мышцъ.

C. et G. предполагаютъ также, что заразительность эксудата можетъ быть неравномѣрна въ различныхъ слояхъ жидкости, такъ какъ «ядовитый агентъ, бациллы или зоогліи, какъ тѣло, подверженное законамъ тяжести, имѣютъ стремленіе собираться въ наклонныхъ частяхъ».

Въ виду подобной возможности мы въ нѣкоторыхъ случаяхъ дѣлали проколы по возможности ниже и притомъ сзади, причемъ передъ этимъ больной болѣе или менѣе продолжительное время лежалъ на спинѣ, и все-таки результатъ прививокъ всегда былъ отрицательный.

Между тѣмъ, для бациллъ, если бы онѣ были въ эксудатѣ, даны всѣ шансы развиваться: вѣдь самъ по себѣ эксудатъ представляетъ чрезвычайно удобную питательную среду для ихъ развитія, тѣмъ болѣе, что температура полости плевры вполнѣ благопріятствуетъ этому. Казалось бы, бациллы должны развиваться совершенно такъ же, какъ при обыкновенныхъ культурахъ въ кро-

---

[1]) Om indpoding of Tuberculose, särligti kaninens iris. Nordistik medicin. Arkiv. 1879. 72.

[2]) Ueber die Zuverlässigkeit von Impfungen. Deutsch. med. Wochenschr. 1883. 19.

[3]) Die Impfbarkeit der Tuberculose als diagnostiches Hülfsmittel bei Urogenital Erkrankungen. Deutsch. Arch. f. klin. Med. XXVI. 1. 2.

вяной сывороткѣ, но этого-то мы и не замѣчаемъ, такъ что остается предположить или *полное отсутствіе* ихъ въ эксудатѣ или какія-нибудь условія, мѣшающія ихъ развитію.

Вѣдь мы знаемъ, насколько чувствителенъ глазъ въ отношеніи туберкулезныхъ бациллъ, какихъ минимальныхъ количествъ туберкулезнаго яда достаточно, чтобы болѣе или менѣе быстро вызвать мѣстный, а затѣмъ и общій туберкулезъ. Koch указываетъ, что достаточно ввести кролику въ переднюю глазную камеру канюлю шприца, содержащаго кровяную сыворотку съ культивированными бациллами и, не впрыскивая, сейчасъ же вынуть, чтобы получить черезъ 2 недѣли узелки на радужной близъ мѣста укола, а затѣмъ и общую бугорчатку.

Damsch, имѣя въ виду такую особую чувствительность передней глазной камеры къ туберкулезнымъ бацилламъ, совѣтуетъ употреблять прививки въ глазъ кролику тѣхъ или другихъ отдѣленій организма съ діагностическою цѣлью. Такимъ образомъ онъ впрыскивалъ въ переднюю глазную камеру кроликамъ растворъ мочевой кислоты, бленнорройный гной, гной изъ фурункула, *перитонеальный* эксудатъ и не получалъ туберкулеза, но впрыскивая гной отъ больныхъ съ туберкулезнымъ циститомъ, получалъ черезъ 3 недѣли бугорки на радужной. Отъ 3-го больнаго (также циститомъ) гной далъ отрицательный результатъ и безслѣдно всосался въ нѣсколько дней (этотъ больной быстро выздоровѣлъ и былъ не туберкулезный).

Такимъ образомъ, даже при подобной чувствительности глаза къ туберкулезнымъ бацилламъ, мы получили вполнѣ отрицательный результатъ, несмотря на то, что вводили нѣсколько капель эксудата. Намъ могли бы возразить, что при проколѣ и введеніи жидкости, она можетъ вытечь обратно и быть вымытой содержимымъ глазной камеры, но мы, какъ уже говорили выше, дѣлали проколъ подъ острымъ угломъ къ роговицѣ и выжидали, пока изъ сдѣланнаго отверстія въ роговицѣ шла жидкость, а затѣмъ уже впускали нѣсколько капель эксудата. Такого рода впрыскиванія дѣлали обыкновенно въ оба глаза, и несмотря на все это, все тотъ же результатъ—нѣтъ бациллъ въ эксудатахъ.

Да и микроскопическіе и бактеріологическіе анализы эксудатовъ первичныхъ плевритовъ Wechselbaum'a [1]) и Хетагурова [2]) приводятъ къ тѣмъ же заключеніямъ

---

[1]) Bacteriologische Untersuchungen über acute Pleuritis. Wien. med. Jahrb. 1886. 83.

[2]) О роли микроорганизмовъ въ этіологіи воспаленія плевры и перикардія. Предвар. сообщеніе. Еженед. Клин. газ. 1887 г., отд. оттискъ.

Wechselbaum изслѣдовалъ эксудатъ при первичномъ плевритѣ, т.-е. въ такихъ случаяхъ, гдѣ плевритъ былъ самостоятельный, не вызванный никакою другою болѣзнью. Всего авторъ имѣлъ 11 случаевъ: 2 чисто гнойнаго воспаленія, 1 серозно-гнойный и 8 чисто серозныхъ. Въ первыхъ двухъ случаяхъ въ гною (послѣ смерти) найдены многочисленныя цѣпочки кокковъ, которые морфологически и по ихъ отношенію къ культурѣ въ агарѣ, желатинѣ и кровяной сывороткѣ сходны съ streptococcus pyogenes (или streptococcus pneumoniae); то же самое и въ эксудатѣ серозно-гнойномъ. Изъ случаевъ эксудата чисто серознаго W. 2 раза констатировалъ организмы, которые оказались цѣпочными кокками, въ 6 остальныхъ случаяхъ ни микроскопъ, ни культура не дали никакихъ организмовъ. При этомъ во всѣхъ случаяхъ серознаго плеврита, по словамъ автора, ни въ началѣ процесса, ни позднѣе не констатировано другое заболѣваніе. Пункція производилась въ различное время отъ начала болѣзни, но всегда еще во время повышенной t°. W. указываетъ на подобныя же изслѣдованія Rosenbach'а (изслѣдовавшаго 5 случаетъ гнойнаго эксудата) и Fränkel'я, приведшія авторовъ къ такимъ же результатамъ. Такимъ образомъ, въ виду того, что при первичномъ плевритѣ найдены только такіе организмы, которые сопутствуютъ острыя соединительно-тканныя воспаленія, W. считаетъ себя въ правѣ заключить, что и острый первичный плевритъ въ этіологическомъ отношеніи не представляетъ ничего особеннаго и можетъ быть поставленъ на одну ступень съ флегмонозными процессами.

Хетагуровъ, изслѣдовавшій эксудаты въ 21 случаѣ чистаго серознаго, 2 гнойныхъ и 1 геморрагическомъ плевритахъ пришелъ къ такимъ же результатамъ. Нѣкоторые эксудаты гнойные давали культуры streptococci, нѣкоторые staphilococci aurei, иные staphilococci albi, нѣкоторые же вовсе не давали культуры. Между тѣмъ въ случаяхъ чистаго серознаго эксудата ни при микроскопическомъ изслѣдованіи, ни при посѣвахъ ни разу не найдено микроорганизмовъ, несмотря на то, что серозная жидкость изъ полости плевры, по словамъ автора, представляетъ хорошую питательную среду для микроорганизмовъ, такъ какъ микроорганизмы, привитые на свернутую на подобіе кровяной сыворотки серозную жидкость, растутъ такъ же хорошо, какъ и на желатинѣ и agar-agar'ѣ.

Конечно, микроскопическія изслѣдованія могутъ дать не вполнѣ вѣрные результаты, такъ какъ дѣйствительно возможно, что, при изслѣдованіи эксудата микроскопически, бациллъ не находимъ, между тѣмъ, больной отъ какой-нибудь случайной причины уми-

раетъ, и по вскрытіи констатируемъ бугорки на плеврѣ. Такого рода фактъ можетъ произойти въ силу того, что при микроскопическомъ изслѣдованіи мы анализируемъ столь незначительное количество эксудата (одну, двѣ капли), что бациллы дѣйствительно могутъ въ немъ случайно отсутствовать, между тѣмъ, какъ въ тѣхъ сравнительно большихъ количествахъ эксудата, прививаемыхъ животнымъ, бациллы, по нашему убѣжденію, необходимо должны присутствовать, хотя бы и въ незначительномъ числѣ, *если только плевра поражена бугорчатымъ процессомъ.* Вѣдь, насколько намъ извѣстно, при бугорчаткѣ того или другого органа всегда въ сокѣ этого органа или въ отдѣляемой имъ жидкости констатируемъ бациллы, да, собственно говоря, обыкновенно и діагнозъ ставимъ именно по присутствію или отсутствію бациллъ, напр., мы не поставимъ діагноза бугорчатки легкихъ, пока не найдемъ бациллъ въ мокротѣ, а нахожденіе бациллъ въ мочѣ больныхъ бугорчаткой почекъ, туберкулезнымъ циститомъ и др., въ калѣ при бугорчатомъ пораженіи кишечныхъ железъ, кажется, достаточно ясно доказываютъ то огромное патогномоническое значеніе бациллъ, впервые указанное Koch'омъ. Намъ кажется страннымъ дѣлать въ этомъ отношеніи исключеніе для плевры: почему именно при бугорчатомъ пораженіи плевры въ отдѣляемой ею жидкости будутъ отсутствовать бациллы. Разъ мы считаемъ, что бугорки безъ Koch'овскихъ бациллъ не есть истинные бугорки, а псевдо-бугорки, то у насъ невольно явится предположеніе: да не были ли именно ложные бугорки, не имѣли ли передъ собой псевдо-туберкулезъ плевры тѣ, кому случилось констатировать post mortem бугорки на плеврѣ, когда прижизненный микроскопическій анализъ эксудата давалъ отрицательные результаты на присутствіе въ жидкости туберкулезныхъ бациллъ. Были ли сдѣланы микроскопическія изслѣдованія этихъ бугорковъ, найдены ли были въ нихъ бациллы? Насколько намъ извѣстно, въ иныхъ случаяхъ бываетъ чрезвычайно трудно, да пожалуй и вовсе невозможно отличить исключительно только по внѣшнему виду истинный бугорокъ отъ ложнаго бугорка, представляющаго собой чисто воспалительное новообразованіе.

Martin, еще до знаменитаго открытія Koch'омъ бациллъ, старался найти различіе истинныхъ отъ ложныхъ бугорковъ. Авторъ, [1]) инъецируя въ брюшную полость кроликовъ и морскихъ свинокъ туберкулезные продукты или различныя ве-

---

[1]) Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanée et expérimentale des séreuses. Arch. de Physiol. 1881. 1.

щества, какъ растительной, такъ и животной натуры, всегда получалъ на брюшинѣ образованіе узелковъ съ типичнымъ строеніемъ бугорка, но бугорки, развивающіеся послѣ введенія инородныхъ тѣлъ, отличались *микроскопически* отъ истинныхъ туберкуловъ, такъ что авторъ и называетъ ихъ «ложными».

Однако, несмотря на всѣ описываемыя авторомъ микроскопическія различія между тѣми и другими, онъ приходитъ къ тому убѣжденію, что все-таки различать ихъ трудно даже и микроскопически, и самый надежный признакъ различія—это способность истинныхъ -генерализоваться и прививаться съ одного животнаго на другое, тогда какъ ложные бугорки всегда развиваются мѣстно около мѣста раздраженія введеннымъ инороднымъ тѣломъ. Вѣдь въ силу этой невозможности микроскопически отличать характеръ бугорковъ, вопросъ о туберкулезѣ такъ долго испытывалъ колебанія то въ ту, то въ другую сторону: одни авторы получали туберкулы только отъ бугорчатыхъ массъ, другіе же отъ всевозможныхъ инородныхъ тѣлъ (напр. Conheim und Fränkel [1]).

Подобное затрудненіе въ различіи характера бугорковъ конечно могло существовать только до 1882 г., когда знаменитое открытіе Koch'омъ туберкулезныхъ бациллъ дало намъ возможность точно и несомнѣнно различить характеръ даннаго новообразованія именно по присутствію или отсутствію специфическихъ бациллъ. Несомнѣнно, что не сегодня — завтра бактеріологія, дѣлающая за послѣднее время такіе гигантскіе шаги въ силу все болѣе и болѣе усовершенствованныхъ методовъ изслѣдованія, дастъ намъ какіе-нибудь новые, можетъ быть, еще болѣе точные способы различія, но и въ настоящее время, повторяемъ, имѣя въ рукахъ такой признакъ какъ бациллы, мы всегда можемъ съ положительностью констатировать истинный туберкулезъ и обратно.

Такимъ образомъ, по нашему убѣжденію, положительно невозможенъ туберкулезъ плевры безъ того, чтобы бациллы не плавали въ содержимомъ ея полости, и еслибы даже ихъ микроскопомъ не нашли въ эксудатѣ, а на плеврѣ констатированы бугорки (и въ нихъ найдены бациллы) —это не значитъ, что въ эксудатѣ бациллъ вовсе не было; можно только сказать, что ихъ не найдено. Вотъ почему мы не ограничились микроскопическимъ анализомъ, а прибѣгли къ прививкамъ и притомъ по возможности большаго количества эксудата, тѣмъ болѣе, что Ch. et. Gomb въ случаяхъ несомнѣнно бугорчатаго плеврита прививкой эксудата во всѣхъ случаяхъ получили несомнѣнный общій туберкулезъ съ

---

[1]) Virch. Arch. 1868.

бациллами, между тѣмъ, какъ микроскопъ давалъ вполнѣ отрицательные результаты при изслѣдованіи самаго эксудата. Къ сожалѣнію, намъ самимъ не удалось получить эксудата отъ бугорчатыхъ, такъ какъ у тѣхъ встрѣчавшихся намъ больныхъ съ яснымъ присутствіемъ бациллъ въ мокротѣ неоднократные проколы на мѣстѣ тупости (обыкновенно сзади подъ лопаткой) давали отрицательные результаты, вѣроятно или въ силу обширныхъ наслоеній или малаго количества эксудата.

При такомъ патогномоническомъ значеніи бациллъ въ туберкулезѣ мы къ нашему крайнему удивленію во всей работѣ Kelsch'a et Vaillard'a не нашли *ни слова* о бациллахъ, какъ будто бы авторы даже забыли о нихъ. Авторы во всѣхъ случаяхъ опредѣляютъ туберкулезъ *исключительно только на основаніи микроскопическаго изслѣдованія бугорковъ*, не упоминая вовсе о бациллахъ. Blachet въ статьѣ «La nature de la pleuresie»[1]) вполнѣ естественно удивляется этому. «Какъ понимать,—говоритъ онъ,—что ни въ одномъ вскрытіи, ни у одного больнаго не найдено бациллъ? Не удивительно ли, что не явилось вопроса ни въ одномъ изъ 16 клиническихъ наблюденій?» По нашему мнѣнію дѣйствительно удивительно подобное игнорированіе самаго существеннаго признака бугорчатки, безъ котораго при настоящемъ положеніи вопроса о туберкулезѣ всѣ какіе бы ни были микроскопическіе анализы бугорковъ не имѣютъ никакого серьезнаго значенія. Такимъ образомъ, всѣ 16 случаевъ вскрытій Kelsch'a et Vaillard'a, по нашему мнѣнію, лишены всякаго доказательнаго значенія и вся работа ихъ теряетъ свою силу. Мы имѣемъ полное право сомнѣваться въ истинномъ характерѣ бугорковъ и предполагать, да не имѣли ли авторы въ своихъ случаяхъ псевдо-туберкулеза? Тѣмъ болѣе, что хотя прививкой животнымъ авторы и получали въ нѣкоторыхъ случаяхъ бугорки, но характеръ полученныхъ бугорковъ также остался невыясненнымъ. Почему, совершенно справедливо замѣчаетъ Blachet, не доказана несомнѣнность бугорчатки послѣдовательной прививкой отъ зараженнаго эксудатомъ кролика другому кролику? Этотъ способъ гораздо болѣе подтвердилъ бы авторовъ, чѣмъ всѣ ихъ клиническія наблюденія, прибавляетъ Blachet. Онъ конечно правъ.

Итакъ, въ виду всего сказаннаго мы не можемъ не придти къ убѣжденію, что выводы K. et V., построенные на такихъ шаткихъ основаніяхъ, черезчуръ смѣлы и даже ошибочны. Чтобы выступать съ такимъ новымъ и столь безнадежнымъ для больнаго мнѣніемъ, конечно слѣдуетъ имѣть болѣе серьезныхъ дока-

---

[1]) Gaz. hebd. XXIII. 41.

зательствъ. Наши выводы, хотя и не будутъ новы, но дѣло, безъ сомнѣнія, не въ новизнѣ, такъ какъ стремленіе авторовъ высказать что нибудь новое, создать какую нибудь новую теорію или гипотезу, зачастую заставляетъ ихъ оставлять твердо установленный путь, построенный на основаніи массы фактовъ, основанный на массѣ наблюденій чрезвычайно опытныхъ наблюдателей, погружаться въ море гипотезъ и предположеній, и плавать въ немъ, не чувствуя подъ собой твердой почвы и рискуя быть совершенно разбитымъ, пока теченіе или вѣтеръ случайно не приведутъ ихъ въ какое нибудь надежное мѣсто.

Конечно, наука не можетъ быть in statu quo, она должна всегда прогрессировать, но стремленіе къ открытіямъ не должно идти далѣе извѣстныхъ границъ, и вновь высказываемые взгляды должны зиждиться на болѣе или менѣе твердыхъ, согласно съ современнымъ положеніемъ науки, данныхъ.

Такимъ образомъ, по нашему мнѣнію, стоитъ вопросъ о плевритахъ. Увлеченіе за послѣднее время ученіемъ о паразитарномъ происхожденіи тѣхъ или другихъ болѣзней часто ведетъ къ тому, что мы вовсе игнорируемъ различныя химическія, термическія и механическія внѣшнія вліянія на нашъ организмъ. Очень часто мы въ стремленіи во что бы то ни стало отыскать какой-нибудь низшій организмъ, забываемъ о другихъ инсультахъ, которымъ мы подвергаемся каждую минуту, каждую секунду. Мы говоримъ о вліяніи внѣшней температуры, которое для всѣхъ классиковъ имѣло столь большое значеніе въ происхожденіи тѣхъ или другихъ разстройствъ въ нашемъ организмѣ. Простуда, несомнѣнно, существуетъ, въ чемъ мы убѣждаемся почти ежедневно, ежеминутно, и хотя въ настоящее время мы не можемъ уловить механизма ея дѣйствія, но надо надѣяться, что съ дальнѣйшимъ ходомъ науки, когда мы, не увлекаясь только низшими организмами, будемъ въ состояніи лучше опредѣлять тѣ тончайшія различія въ состояніи организма при вліяніи хотя бы одной и той же внѣшней температуры, тогда мы поймемъ, почему въ однихъ случаяхъ мы подвергаемся простудѣ, въ другихъ же случаяхъ нѣтъ. Неужели же мы будемъ отрицать простудное вліяніе въ происхожденіи насморка, бронхита, anginae, ревматизма и др., и почему же мы сдѣлаемъ подобное исключеніе для плевры? Развѣ мало фактовъ подтверждаютъ вліяніе простуды и въ происхожденіи плевритовъ; развѣ мы не встрѣчаемъ ежедневно людей, которые, приходя съ плевритомъ, точно и опредѣленно указываютъ на моментъ дѣйствія простуды, послѣ котораго и разви-

лось данное заболѣваніе. «Вопреки мнѣнію,—говоритъ Fräntzel [1]),— очень распространенному въ учебникахъ и между практикующими врачами, что простуда составляетъ собственно лишь теоретическую причину, которую на самомъ дѣлѣ почти никогда не удается доказать, я *могу завѣрить самымъ опредѣленнымъ образомъ*, что при тщательномъ отбираніи анамнеза, я много разъ имѣлъ случай удостовѣриться въ *несомнѣнномъ существованіи простуды.* Даже мало образованные госпитальные больные увѣряли меня нерѣдко самымъ положительнымъ образомъ, что они, напр. переодѣвали бѣлье, будучи въ поту, и чувствовали, какъ подуло на больную половину груди, что ихъ мочилъ холодный проливной дождь и послѣ того заболѣла сторона, которая была обращена къ вѣтру и т. д. Сидѣнье у открытаго окна, у плохо запирающейся двери, особенно когда въ комнатѣ очень тепло, а снаружи очень холодно, больные часто выдаютъ за причину болѣзни, говоря, что у нихъ сряду же появились боли въ пораженной сторонѣ, которыя, постепенно усиливаясь, и положили начало болѣзни». Иногда могутъ быть даже какъ бы эпидеміи остраго плеврита, когда одинъ и тотъ же простудный агентъ подѣйствовалъ сразу на извѣстное число людей. Такъ, Blachet [2]) указываетъ на эпидемію плеврита въ госпиталѣ въ Кохинѣ въ 1857 году, когда, послѣ мытья въ плохо устроенной банѣ, черезъ нѣсколько дней развился почти у всѣхъ плевритъ, который и былъ быстро излѣченъ (въ 20—30 дней).

Конечно, внѣ всякаго сомнѣнія, что субъекты бугорчатые или золотушные, какъ вообще люди болѣе или менѣе ослабленные существующимъ у нихъ діатезомъ, гораздо болѣе воспріимчивы ко всѣмъ вреднымъ внѣшнимъ вліяніямъ, между прочимъ и къ простудѣ, и потому особенно предрасположены къ заболѣванію плевритами, бронхитами, вообще къ заболѣванію дыхательныхъ органовъ, но также для насъ внѣ всякаго сомнѣнія и тотъ фактъ, что плевритъ еще болѣе часто проявляется вслѣдъ за охлажденіемъ больнаго безъ всякихъ признаковъ туберкулеза ни въ молодости, ни въ зрѣломъ возрастѣ.

K. et V., по нашему мнѣнію, показали только, что плевритъ часто встрѣчается у туберкулезныхъ, что онъ можетъ быть также первымъ проявленіемъ его, но отнюдь не доказали, что всѣ больные съ плевритами и преимущественно съ серознымъ выпотомъ,

---

[1]) Частн. пат. и тер. Цимссна. Т. IV. стр 309..
[2]) Loc. cit.

являющимся болѣе или менѣе быстро, были несомнѣнно туберкулезные.

Martel [1]) указываетъ на тотъ фактъ, что въ ихъ мѣстѣ очень много острыхъ плевритовъ и, наоборотъ, очень мало туберкулеза легкихъ; и авторъ знаетъ многихъ уже черезъ 10—15—20 лѣтъ послѣ плеврита и эти лица представляли изъ себя вполнѣ здоровыхъ людей.

Blachet точно также прослѣдилъ въ продолженіе долгихъ лѣтъ многихъ плевритиковъ и пришелъ въ тому убѣжденію, что плевриты простые, развивающіеся у людей совершенно здоровыхъ, быстро излѣчиваются (въ 25—60 дней) и проходятъ совершенно безслѣдно безъ всякихъ слѣдовъ бугорчатки.

Несомнѣнно, всякій болѣе или менѣе старый врачъ можетъ привести много подобныхъ же случаевъ изъ своихъ наблюденій, и такимъ образомъ подтвердить существованіе доброкачественныхъ простыхъ плевритовъ.

Мы, съ своей стороны, на основаніи нашихъ экспериментовъ, также твердо убѣждены въ существованіи плевритовъ чисто простудныхъ, быстро излѣчивающихся, а иногда даже и нѣсколько затяжныхъ по теченію, преимущественно плевритовъ серозныхъ, съ большимъ количествомъ эксудата, въ происхожденіи которыхъ туберкулезъ не имѣетъ абсолютно никакого значенія.

У людей не предрасположенныхъ къ бугорчаткѣ въ силу наслѣдственности или другихъ какихъ-либо причинъ, острый эксудативный плевритъ *заболѣваніе чисто воспалительнаго характера*, въ происхожденіи котораго простуда несомнѣнно играетъ первую роль, и нѣтъ никакого основанія предполагать причину болѣзни діатезъ.

Даже у лицъ предрасположенныхъ плевритъ можетъ быть чисто простуднаго происхожденія и также быстро и окончательно излѣчиться.

Да, наконецъ, у субъектовъ, самихъ по себѣ съ туберкулезнымъ діатезомъ, острый плевритъ и туберкулезныя измѣненія могутъ появиться одновременно, вовсе не завися другъ отъ друга.

Въ заключеніе, не можемъ не считать себя удовлетворенными, получивъ результаты, которые дали намъ возможность придти къ тому отрадному убѣжденію въ возможности безслѣднаго излѣченія острыхъ эксудативныхъ плевритовъ. Искренне благодаримъ глубокоуважаемаго проф. Сергѣя Петровича Боткина за тему, которая привела насъ къ такимъ результатамъ, такъ какъ

---

[1]) Gaz. hebd. № 43 XXIII. La nature de la pleurésie.

нѣтъ ничего отраднѣе для врача-человѣка, какъ имѣть возможность съ твердымъ убѣжденіемъ дать хорошее предсказаніе при лѣченіи той или другой болѣзни и знать, что наша раціональная терапія приведетъ больнаго къ прежнимъ его силамъ и здоровью.

Также глубоко признателенъ Сергѣю Петровичу и за все то, чему я имѣлъ возможность научиться въ его клиникѣ подъ его руководствомъ, при его совѣтахъ и помощи.

Всѣмъ товарищамъ по клиникѣ большое спасибо за ихъ теплыя отношенія и всегдашнюю готовность помочь словомъ и дѣломъ.

ПОЛОЖЕНІЯ.

1) Бронхіальное дыханіе при плевритѣ на мѣстѣ экссудата возможно только при значительномъ количествѣ выпота и всегда при условіи хорошей работы дыхательныхъ мышцъ пораженной стороны *).

2) У новорожденыхъ задерживающіе центры дыханія и кишекъ также плохо развиты, какъ и сердца (указанныя Soltmann'омъ), и часто поносъ со рвотой зависятъ именно отъ этого плохаго развитія задерживающей центральной системы *).

3) Вдуванія въ носъ салициловаго висмута съ хининомъ въ нѣкоторыхъ случахъ значительно сокращаютъ количество приступовъ при коклюшѣ.

4) Кислородъ, восхваляемый нѣкоторыми авторами при леченіи лейкеміи, на самомъ дѣлѣ не болѣе какъ паліативъ.

5) Антипиринъ представляетъ собой прекрасное кровоостанавливающее средство.

6) Ограниченный срокъ прикомандированія врачей для усовершенствованія сильно вредитъ ихъ клиническому образованію.

---

*) Собственное изслѣдованіе.

Curriculum vitae.

Дмитрій Александровичъ Соколовъ, сынъ протоіерея, родился въ 1861 году въ С.-Петербургѣ. Въ 1871 году поступилъ въ 5-ю С.-Петербургскую гимназію, гдѣ и окончилъ въ 1880 году курсъ съ серебряною медалью. Въ томъ же году поступилъ на естественное отдѣленіе физико-математическаго факультета С.-Петербургскаго Университета; на слѣдующій годъ перешелъ на 2-ой курсъ Медицинскаго факультета Казанскаго Университета и оттуда черезъ годъ на 3-й курсъ Военно-Медицинской Академіи, въ которой и окончилъ въ 1885 году курсъ съ отличіемъ. По конкурсу оставленъ при академіи въ числѣ врачей для усовершенствованія. Въ продолженіе полугода занимался гигіеной, подъ руководствомъ проф. А. П. Доброславина, а затѣмъ перешелъ въ число ординаторовъ Академической Терапевтической клиники проф. С. П. Боткина, гдѣ и состоитъ по сіе время.